Formation à la CCAM

DEROULEMENT DE LA FORMATION

1er Jour : Tronc commun

- **Accueil, modalités de la formation**
- **Présentation de la CCAM - libellés : généralités, propriétés et principes de description**
- **Questions**

DEJEUNER

- **Codification et codage**
- **Hiérarchisation**
- **ICR**
- **Questions**
- **Evaluation**

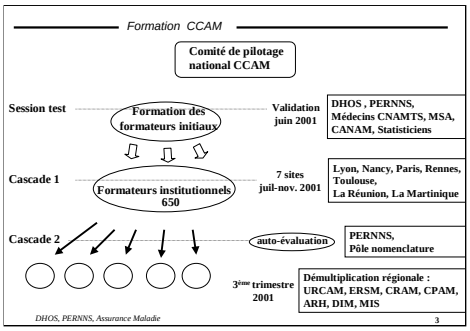
2ème jour : médecins

TRAVAUX PRATIQUES

- **Règles de codage (rappel)**
- **Appropriation de la CCAM par des exercices gradués**

DEJEUNER

- **Logiciel d'aide au codage sur CD Rom**
- **Exercices**
- **Evaluation**



Principes :

. La CCAM est une classification commune, fruit d'un travail commun entre l'Etat et l'Assurance Maladie, réalisé en étroite collaboration avec les Sociétés Savantes. Les libellés et les règles de codage descriptif de la CCAM étant strictement les mêmes pour le PMSI et le paiement à l'acte, il paraît fondamental que la formation soit elle aussi commune. Ainsi dans chaque région, les participants des différentes institutions sont regroupés.

. Dans un premier temps, des **formateurs institutionnels** seront formés (~650 personnes toutes institutions confondues). Dans un deuxième temps, ces formateurs institutionnels devront assurer dans leur région **des formations en cascade** à partir du dernier trimestre 2001, si possible conjointes.

Personnes concernées par la formation :

. Cette formation est institutionnelle et concerne des praticiens conseils, des statisticiens et gestionnaires du risque des trois régimes d'assurance maladie, des médecins DIM, des médecins inspecteurs de la santé, des représentants des ARH et des URCAM. Les liquidateurs des caisses d'assurance maladie recevront ultérieurement une formation spécifique.

Réalisation pratique :

Les formations :

Elles se déroulent de juillet à novembre 2001 sur 7 sites : Lyon, Nancy, Paris, Rennes, Toulouse, la Réunion et les Antilles-Guyane.

Les formateurs initiaux :

Ce sont les médecins et statisticiens du pôle nomenclature de la CNAMTS, les médecins du PERNNS et de la DHOS, les praticiens conseils des trois régimes d'assurance maladie et les représentants de la mission codage de la CNAMTS.

Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins - ministère de l'emploi et de la solidarité

Evaluation :

Des exercices d'auto-évaluation seront proposés, à l'issue de la formation, sur un serveur informatique.

Suivi des formations en cascade :

. *Un forum* sur Internet sera mis à la disposition des formateurs dès le démarrage de la formation en cascade. Il permettra une remontée systématique des questions des formateurs et des réponses à apporter. L'ensemble des questions et des réponses sera ainsi à la disposition de tous les formateurs.

. *Une assistance téléphonique*, assurée par les représentants du PERNNS et du pôle nomenclature permettra de répondre, en urgence, aux questions posées par les formateurs institutionnels.

Formation à la CCAM

Programme de la journée

- **9 h 30 à 10 h :** Modalités de la formation
- **10 h à 12 h 30 :** Elaboration des libellés, principes et règles d'écriture
- **12 h 30 à 13 h 45 :** Déjeuner
- **13 h 45 à 15 h :** Codification et codage
- **15 h à 15 h 15 :** Pause
- **15 h 15 à 16 h 45 :** Refonte des honoraires : hiérarchisation du travail médical et coût de la pratique
- **16 h 45 à 17 h 15 :** Indice de Coût Relatif : élaboration et valorisation
- **17 h 15 à 17 h 30 :** Questions diverses

Objectif de cette formation

➤ Apprendre à connaître et à utiliser la **CCAM** (1) :

– principes de construction,

– règles de codage qui en découlent,

(1) ***C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux, premier volet de la **CCAPS*** (2) ,

(2) ***C**lassification **C**ommune des **A**ctes des **P**rofessionnels de **S**anté*

Apprendre à connaître et à utiliser un nouvel outil : la CCAM, Classification Commune des Actes Médicaux, premier volet de la CCAPS. Ou bien encore mode d'emploi ou notice d'utilisation ou " du bon usage du codage des actes médicaux ".

Contexte actuel : 2 nomenclatures imparfaites

- **CdAM :** liste d'**actes médicaux techniques codés** et valorisés en terme d'**ICR**
- **NGAP :** il s'agit d'une liste d'**actes médicaux et autres non codés**, affectés de lettres-clés et de coefficients

Contexte actuel : simple rappel car bien connu de vous tous

2 nomenclatures en vigueur :

• Le CdAM : il s'agit d'une liste **d'actes médicaux techniques codés** et valorisés en terme d'**ICR** utilisé dans le cadre du PMSI dans les établissements publics et privés pour le classement des séjours en **GHM**

l'ICR participe à l'étude du coût par GHM dans les établissements publics volontaires.

• La NGAP : il s'agit d'une liste **d'actes médicaux et autres non codés,** affectés de lettres-clés et de coefficients

utilisée pour le **paiement à l'acte** en secteur libéral

Contexte réglementaire

➤ **Obligation du codage des actes :** Loi du 4 janvier 1993 et décret du 6 mai 1995

➤ **Saisine de la Commission Permanente de la NGAP :** pour une refonte tarifaire de tous les actes de chirurgie en octobre 1994

Obligations réglementaires :

- Le codage des actes : Loi du 4 janvier 1993 et décret du 6 mai 1995

les actes de biologie déjà codés et les prestations du TIPS en cours de codage

- La saisine de la Commission Permanente de la NGAP en octobre 1994

pour une refonte tarifaire des actes de chirurgie

Constat

- ➤ Imperfections des outils existants
- ➤ Obligations réglementaires
- ➤ Difficulté de gérer 2 systèmes d'informations
- ➤ « Transcodage » CdAM - NGAP impossible

⇨ **CCAM**

Imperfections des outils existants :

- Le CdAM : incomplet ; construction insuffisamment rigoureuse d'où inhomogénéïté et doublons
- La NGAP : obsolète, mal hiérarchisée avec distorsions tarifaires…
- Transcodage CdAM /NGAP impossible car modes de construction trop différents.
- Difficultés de gérer 2 systèmes d'informations aussi bien pour les Professionnels de Santé que pour la Tutelle et les Caisses d'Assurance Maladie

Les obligations réglementaires et les imperfections des outils existants ont amené les Directions Ministérielles et les Caisses d'Assurance Maladie à l'idée de créer une Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), c'est-à-dire d'établir une liste commune de libellés d'actes médicaux codés dont le principe serait étendu à terme aux actes cliniques et à l'ensemble des professions de santé (CCAPS), et qui permettrait :

– de garantir la nécessaire cohérence des systèmes d'information

– de satisfaire les professionnels par l'utilisation d'un outil unique

– de rationaliser la maintenance de cet outil

Objectifs de la CCAM

Liste commune de libellés d'actes techniques médicaux codés :

- description de l'activité médicale
- allocation de ressources
  - ⇨ aux établissements : ICR et GHM
  - ⇨ aux praticiens : paiement à l'acte

Les objectifs de la CCAM doivent reprendre ceux des nomenclatures qu'elle va remplacer et permettre de satisfaire aux obligations réglementaires.

Les objectifs majeurs de la CCAM sont de permettre :

- la description de l'activité médicale en termes d'actes techniques, par le biais d'un codage unique, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, aussi bien pour les soins de ville que pour les soins en établissement.
- l'allocation de ressources, quel qu'en soit le mode :

– tarification dans le cadre du paiement à l'acte, c'est-à-dire honoraires des praticiens

– calcul des ICR et classement en GHM dans le cadre du PMSI

A noter que le codage des actes sera non seulement " descriptif " mais également tarifant dans le secteur libéral.

Utilisation du code et du système de codage

- **Analyse de l'activité médicale** aussi bien en établissement qu'en soins de ville
- **Allocation de ressources** aux établissements :
  ICR
  - ⇨ Etude du coût par GHM
  - ⇨ Frais d'environnement dans les établissements privés

  Classement en GHM
- **Paiement de l'honoraire** en secteur libéral (le contrôle du codage remplacera le « contrôle NGAP »)

Utilisation du code des actes et du système de codage de la CCAM :

- description des actes médicaux techniques réalisés aussi bien en soins de ville qu'en établissement : analyse intra-établissement, veille sanitaire, études épidémiologiques, analyse des flux superposable à celle du codage des actes de biologie, de pharmacie ou du TIPS
- allocation de ressources aux établissements :

ICR pour l'étude du coût par GHM

Classement du séjour hospitalier en GHM

Frais d'environnement pour les établissements privés en attendant la tarification à la pathologie

- paiement de l'honoraire en secteur libéral :

le codage est tarifant ; le contrôle du code utilisé en fonction de l'acte réalisé et de la bonne application des règles de codage de la CCAM permettra la validation du PMSI et remplacera l'actuel " contrôle NGAP ".

D'où l'intérêt d'un bon codage…..

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Méthodologie d'élaboration des libellés

Elaboration des libellés

Structure paritaire Etat / Assurance Maladie

⇩ ⇧

Sociétés Savantes

L'élaboration des libellés de la CCAM a été gérée conjointement par l'Etat et l'Assurance Maladie et réalisée en collaboration étroite avec les Sociétés Savantes de chaque spécialité médicale en application d'une méthodologie rigoureuse. Ce sont les Sociétés Savantes « Généralistes » les plus représentatives qui ont été contactées hors Collèges Professionnels (selon avis du Conseil de l'Ordre des Médecins)

En fonction des objectifs de la CCAM, ont été définis des propriétés et des principes de construction des libellés.

Nous verrons dans l'ordre :

Qui a travaillé : Etat, Assurance Maladie, Société Savante

Comment : les différentes phases d'élaboration

Les propriétés de la CCAM

Les principes de description des libellés

Les règles de codage

Elaboration des libellés
Groupe de travail par spécialité

- 1 médecin du PERNNS* et 1 médecin Assurance Maladie
- 1 consultant PU-PH
- 6 experts : 3 publics, 3 privés

* Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé

L'élaboration des libellés a été réalisée au sein d'une structure paritaire technique Etat/Assurance Maladie en étroite collaboration avec les Sociétés Savantes : chacune d'elles a été sollicitée pour désigner 6 experts (3 travaillant en secteur Public, 3 travaillant en secteur Privé) afin de rédiger les libellés décrivant l'activité de leur discipline et un consultant (un praticien hospitalo-universitaire); chacun de ces groupes de travail comprenait également un médecin Etat (PERNNS) et un médecin conseil. Cette composition des groupes était un bon garant d'acceptabilité de cette classification par les professionnels eux-mêmes et devait permettre d'avoir un bon reflet des différents actes techniques réalisés dans les différents secteurs d'activité.

Chaque Société Savante a rédigé les libellés de sa spécialité ; lorsque deux spécialités différentes (ou +…) réalisaient les mêmes actes, les libellés ont été écrits, dans un premier temps par les deux spécialités (ou +…) et sous une forme identique (coordination assurée par les médecins PERNNS et AM) afin de figurer dans les 2 référentiels pour le scorage du travail ; à terme, un seul libellé devait figurer dans la CCAM mais nous y reviendrons au moment du classement.

PU = Professeur des Universités

PH = Praticien Hospitalier

Les différentes phases d'élaboration de la CCAM

- **Phase 1 :** « nettoyage » du CdAM
- **Phase 2 :** relecture validation du travail de la phase 1 par la Société Savante
- **Phase 3 :** tests sur sites
- **Phase 4 :** relecture transversale
- **Phase 5 :** vérification de la conformité à la norme européenne

C'est le CdAM qui a été choisi comme base de travail

Les différentes phases d'élaboration de la CCAM :

• Phase 1 de " nettoyage " du CdAM : elle a été assurée par les groupes de travail déjà décrits et s'est déroulée d'octobre 1996 à juin 1999 ; mobilisation de 250 experts, 40 spécialités dont 15 chirurgicales et 22 médicales (ajouter l'anesthésie-réanimation, les dentistes et les orthodontistes).

- Phase 2 est la phase de relecture validation du travail de la phase 1 avec le consultant
- Phase 3 est une phase de tests sur sites : 3 sites publics et 3 sites privés sont désignés par la Société Savante ; ceux-ci décrivent, pendant une période de 15 jours, leur activité à partir du référentiel d'actes issu des phases 1 et 2. Cette phase a mobilisé également 250 experts.
- Phase 4 comporte la vérification ultime de la liste des actes par le groupe relecture et les consultants : cette relecture transversale de l'ensemble des libellés a permis

– de classer les actes par chapitre anatomique à partir des référentiels écrits par spécialité,

– de vérifier la cohérence de chaque chapitre et la cohérence globale de la CCAM,

– l'homogénéité du niveau de détail (certains libellés, trop détaillés ont été regroupés lorsque les scores de travail le permettaient)

– l'absence de doublons résiduels ; lorsqu'un même acte avait été décrit par plusieurs spécialités, un seul libellé était conservé et il pourra être utilisé par le praticien qui réalise l'acte quelle que soit sa spécialité

– le respect des règles d'écriture et de vocabulaire

- Phase 5 est une phase de vérification de la conformité à la norme européenne ainsi que de la précision et de la structuration de chaque libellé.

Cette vérification a été assurée par un groupe inter universitaire dans le cadre du projet de recherche européen GALEN (Generalised Architecture for Languages, Encyclopedias and Nomenclatures in Medicine).

Chaque libellé de la CCAM doit au minimum être conforme à la pré-norme européenne définie par le CEN TC 251 (Comité Européen de Normalisation), c'est-à-dire préciser une action, une topographie et ne pas comporter autant que possible de pathologie

L'ensemble des libellés a également été soumis à l'avis de la Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé.

ANAES et CCAM

Dans sa mission d'évaluation, l'ANAES doit donner aux pouvoirs publics un avis sur la liste des actes admis au remboursement.

Dans un premier temps, étude par l'ANAES des 300 actes les plus « problématiques » de la CCAM parce que

- nouveaux - émergents
- potentiellement obsolètes
- posant un problème de prise en charge (ex : actes à visée esthétique)

L'ANAES a rendu 4 types d'avis

1) **Avis défavorable à l'inscription**
   - obsolète
   - non décision - nécessité d'études complémentaires

2) **Acte en développement expérimental**

3) **Avis favorable à l'inscription avec réserves**
   - de conditions d'exécution
     - plateau technique particulier
     - formation particulière du praticien
   - et/ou d'indications

4) Avis favorable à l'inscription sans réserves

Les propriétés de la CCAM

1. **Exhaustivité**
2. **Bijectivité**
3. **Non ambiguïté des libellés**
4. **Maniabilité**
5. **Evolutivité**

Exhaustivité : la classification commune est exhaustive, répertoriant de manière explicite, au moyen de libellés affectés de codes, l'ensemble des actes techniques médicaux et dentaires validés, qu'ils soient pris en charge ou non. Le degré de validité des actes est précisé par la société savante et confirmé *in fine* par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)..

Bijectivité : à un libellé correspond un code et un seul, et réciproquement. Un acte pratiqué par plusieurs disciplines est décrit dans la CCAM par un libellé unique consensuel entre toutes les sociétés savantes concernées.

Non-ambiguïté des libellés : chaque libellé définit précisément l'acte auquel il correspond, sans possibilité d'interprétations divergentes, en utilisant des règles strictes de construction et des notes explicatives.

Maniabilité : facteur d'acceptabilité

La classification commune doit être compréhensible par tous les utilisateurs, lesquels viennent d'horizons variés et poursuivent des objectifs différents.

Pour garantir une adhésion rapide et une bonne qualité de recueil, elle doit rester d'une utilisation simple.

Evolutivité : la classification commune s'adaptera pour prendre en compte l'évolution des techniques.

Cette évolution est prévue de telle sorte qu'elle soit réalisable et effective régulièrement. Afin de préserver l'unicité de la classification, les mises à jour régulières devront nécessairement être validées avant publication par la structure technique CCAM

Les principes de description de la CCAM

1. Principe de « **l'acte global** »

2. Classement par **grands appareils** et non par spécialités

3. Niveau de détail suffisant mais non excessif

4. Non mention de la pathologie dans le libellé

5. Précision de chaque libellé

Ils sont au nombre de 5 :

1) Principe de l'acte global
2) Classement par grands appareils et non par spécialités
3) Niveau de détail suffisant mais non excessif
4) Non mention de la pathologie dans le libellé
5) Précision de chaque libellé

CCAM - Principe de description N° 1

Acte global

Chaque libellé comprend **implicitement l'ensemble des gestes** nécessaires à la réalisation de l'acte dans la **règle de l'art**, y compris la rédaction de son compte-rendu.

1er principe

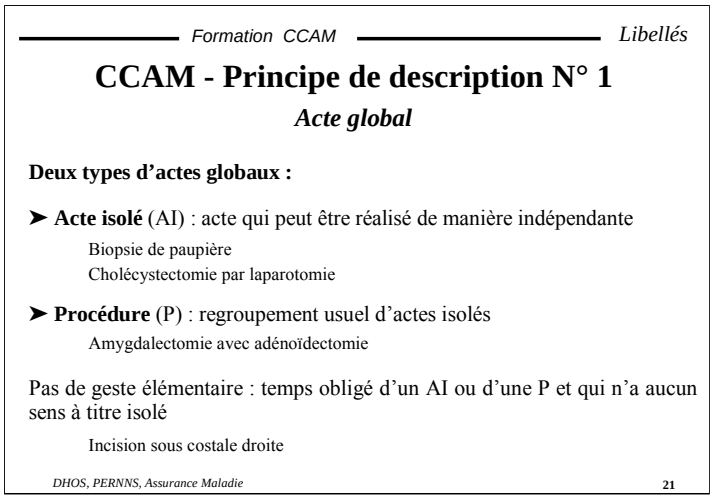
Principe fondamental

Notion d'acte global : chaque libellé décrit l'acte dans sa globalité au cours de la séquence opératoire ; il comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art, y compris la rédaction de son compte-rendu. C'est-à-dire que le libellé d'un acte inclut implicitement tous les temps obligés qui concourent habituellement à son achèvement, et que sa réalisation suit une technique ou utilise une méthode actuellement considérée comme idéale et validée. Le libellé recouvre toutes les variantes de l'acte décrit, quand celles-ci n'ont pas été individualisées par un ou des libellés spécifiques. Pour connaître le contenu implicite des actes décrits, on consultera, selon les cas, les ouvrages techniques de référence, les protocoles, recommandations ou guides de bonnes pratiques élaborés par les sociétés savantes, voire les documents rédigés par l'ANAES. Lorsque certains de ces gestes correspondent à des actes isolés figurant en tant que tels dans la CCAM, alors ces contenus implicites sont explicités dans les notes d'inclusion sus-citées : l'artériographie coronaire *inclut* : la mesure des pressions des cavités cardiaques gauches et de l'aorte

La phlébographie de membre inférieur *inclut* : la prise de clichés tardifs iliocaves

L'arthroplastie *inclut* la réparation de l'appareil capsulo-ligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation éventuelle de l'articulation par matériel et/ou contention par appareillage rigide externe.

La pose de tout appareillage inclut son premier réglage ou son adaptation

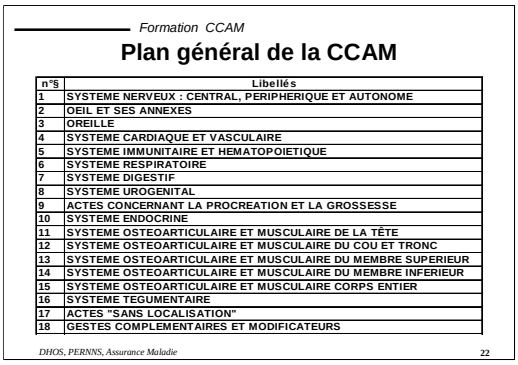

Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description N° 1
Acte global
Deux types d'actes globaux :
➤ Acte isolé (AI) : acte qui peut être réalisé de manière indépendante
Biopsie de paupière
Cholécystectomie par laparotomie
➤ Procédure (P) : regroupement usuel d'actes isolés
Amygdalectomie avec adénoïdectomie
Pas de geste élémentaire : temps obligé d'un AI ou d'une P et qui n'a aucun sens à titre isolé
Incision sous costale droite
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
21

En conséquence, la CCAM est constituée de **deux types d'actes globaux :**

Les libellés d'acte isolé ou **AI** : un acte isolé est un acte qui peut être réalisé de manière indépendante. Il peut s'agir d'actes simples comme " biopsie de paupière " ; il peut s'agir d'acte plus complexe comme une " cholécystectomie par laparotomie "

Les libellés de procédures ou **P** : une procédure est un regroupement usuel d'actes isolés : " cholécystectomie avec extraction de calcul de la voie biliaire principale par cholédocotomie, par laparotomie " ou " amygdalectomie avec adénoïdectomie "

Il n'existe donc pas dans la CCAM de libellés de gestes élémentaires : un geste élémentaire est un temps obligé d'un AI ou d'une P et qui n'a aucun sens à titre isolé : " incision souscostale droite " ou " abord postérieur du rachis ".


Formation CCAM
Plan général de la CCAM
n°§ Libellés
1 SYSTEME NERVEUX : CENTRAL, PERIPHERIQUE ET AUTONOME
2 OEIL ET SES ANNEXES
3 OREILLE
4 SYSTEME CARDIAQUE ET VASCULAIRE
5 SYSTEME IMMUNITAIRE ET HEMATOPOIETIQUE
6 SYSTEME RESPIRATOIRE
7 SYSTEME DIGESTIF
8 SYSTEME UROGENITAL
9 ACTES CONCERNANT LA PROCREATION ET LA GROSSESSE
10 SYSTEME ENDOCRINE
11 SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TÊTE
12 SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU COU ET TRONC
13 SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPERIEUR
14 SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DU MEMBRE INFERIEUR
15 SYSTEME OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE CORPS ENTIER
16 SYSTEME TEGUMENTAIRE
17 ACTES "SANS LOCALISATION"
18 GESTES COMPLEMENTAIRES ET MODIFICATEURS
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
22

2ème principe de description :

Le classement par grands appareils : la CCAM est bien une nomenclature d'actes et non de spécialités. Pour l'instant il n'y a pas " d'actes réservés " ; si des conditions d'habilitation ou d'accréditation s'imposent pour la réalisation de certains actes, alors le codage permettra ,en croisant le code de l'acte avec le numéro d'identification du praticien ou de l'établissement, de vérifier l'adéquation.

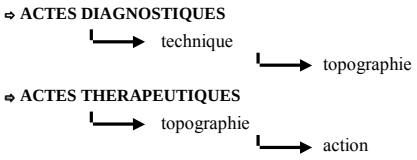
Voici la **liste des 17 chapitres de la CCAM** : cette classification par appareils suit une logique de " système anatomique " plus que de " système fonctionnel " : par exemple, tous les actes portant sur les vaisseaux sanguins sont classés dans le système cardiaque et vasculaire, même les actes portant sur les vaisseaux intra-parenchymateux (les angiographies rétiniennes sont classées dans le chapitre 4 et non dans le chapitre 2 " œil " ; de même les actes sur les anévrismes intracrâniens sont également dans le chapitre vasculaire 4 et non dans le système nerveux 1).

Les actes médicaux de rééducation, de surveillance ou de suppléance de fonction sont classés au niveau de l'appareil anatomique correspondant le plus à la fonction concernée ; par exemple, la rééducation du cardiaque à l'effort est bien dans le chapitre 4 ; la suppléance respiratoire (ventilation mécanique) est bien dans le chapitre 6 ou système respiratoire ; enfin l'épuration extra-rénale est dans le chapitre 8 ou système urogénital.

Quelques exceptions à cette logique : tous les actes de traitement des fentes oro-faciales sont dans le chapitre 7, les arcs branchiaux dans le chapitre 16….

CCAM - Principe de description N° 2

Plan type par chapitre



Il existe un **plan-type** identique pour tous les

chapitres : il différencie les actes diagnostiques et les actes thérapeutiques, les premiers étant subdivisés par grandes techniques puis par organes, les seconds par organes puis par actions.

– **actes diagnostiques :**

- Le premier axe de classement est la technique mise en œuvre ; l'ordre de rangement des différentes techniques est identique dans tous les chapitres
- Le deuxième axe de classement est la topographie : pour une même technique les actes sont déclinés par organe dans le sens crâniocaudal (proximodistal pour les membres) et dans un ordre de complexité technique croissante pour un organe donné.

Ex. : " Scanographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste "

" Scanographie du crâne et de son contenu, avec injection de produit de contraste "

– **actes thérapeutiques** :

- Le premier axe de classement est la topographie ; la présentation suit un ordre anatomique : énumération des organes ou des sites dans le sens crâniocaudal (proximodistal pour les membres) ; pour les systèmes dans lesquels existent une circulation ou un péristaltisme, la disposition suit le sens du flux (c'est pourquoi les actes sur les veines ou les lymphatiques sont classés dans l'ordre inverse des interventions de même type sur les artères) ; pour les systèmes comportant un nombre important d'organes, des subdivisions ont été créées ; le nombre total de subdivisions ne dépasse pas 4.
- Le deuxième axe de classement est l'action mise en œuvre.

Une même action est déclinée suivant les différentes voies d'abord et si besoin les différentes techniques avant de passer à l'action suivante ; l'ordre retenu va de la voie d'abord ou de la technique la moins invasive à la plus invasive.

Le rangement des actions suit un ordre de complexité croissante : exérèse partielle, puis totale, puis élargie…action unique ou acte isolé puis actions multiples ou procédure…

Toutes les modalités de réalisation d'une même intervention sont donc regroupées au sein d'une même division de la CCAM.

CCAM - Principe de description N° 3

Niveau de détail adéquat

⇨ **suffisant pour répondre aux 2 objectifs de la CCAM**

⇨ **non excessif** (extension documentaire)

Le niveau de détail adéquat : il doit être suffisant pour répondre aux deux objectifs de la CCAM que sont la **description de l'activité médicale** et **l'allocation de ressources**. Au sein d'une même subdivision d'un chapitre, il faut qu'un libellé ait un intérêt descriptif particulier par rapport au précédent ou que la mobilisation de ressources soit différente pour qu'il soit conservé. Lorsque la mobilisation de ressources est très proche mais que la société savante souhaite décliner en raison d'un intérêt épidémiologique soit un niveau anatomique (au niveau des vaisseaux par exemple), soit une technique (tel ou tel type de drainage par exemple), soit une voie d'abord, il n'y a bien qu'un seul libellé mais son code admet un caractère supplémentaire appelé " **extension documentaire** " permettant d'apporter la précision descriptive supplémentaire souhaitée.

CCAM - Principe de description N° 4

« Non mention de la pathologie dans le libellé »

Distinction des actes en fonction de leurs particularités techniques et non par référence à l'affection traitée

Non mention de la pathologie dans le libellé : en effet le code pathologie figure déjà (RSS ou RUM) ou figurera à côté du code acte ; ce serait donc une information redondante.

Par ailleurs, la pré-norme européenne (ENV1828) établie par le Comité Européen de Normalisation (CEN TC 251) et avec laquelle la CCAM doit être en conformité, recommande d'éviter autant que possible la pathologie dans le libellé. La description de l'acte doit se faire à l'aide de seuls critères techniques et non pas sur la notion d'affection traitée. La mention d'une affection médicale dans le libellé n'a été permise qu'en cas de nécessité pour décrire des actes pour lesquels l'action est restée vague comme la " correction " de certaines malformations congénitales en particulier cardiaques, ou lorsque la mention de la pathologie apporte une précision supplémentaire à l'action, trop difficile à expliciter autrement (ex. : EER pour insuffisance rénale aiguë, EER pour insuffisance rénale chronique…).

CCAM - Principe de description N° 5

Précision de chaque libellé
Règles de construction du libellé

ıxes pertinents : action, topographie, voie d'abord, technique

- **Action** : obligatoire
- **Topographie** : obligatoire (sauf chapitre 17)
- **Voie d'abord** : obligatoire (non mentionnée si évidente)
- **Technique** : facultative

: Biopsie / du rein / par voie transcutanée / sans guidage

Biopsie de peau

5ème principe : précision de chaque libellé

Structuration de chaque libellé : règles de construction

La structuration de chaque libellé repose sur **4 axes pertinents** qui sont l'action, la topographie, la voie d'abord et la technique.

L'action et la topographie sont obligatoires et figurent toujours en tête de libellé. Quelques exceptions, en particulier dans le chapitre 17 prévu à cet effet.

La voie d'abord : ce terme désigne le mode d'accès au site opératoire ; par définition méthodologique la cœlioscopie ou l'endoscopie correspondent à la voie d'abord et non à la technique ; il fallait faire un choix et c'est celui-là qui a été retenu.

La voie d'abord est obligatoire mais elle n'est pas renseignée lorsqu'elle est évidente : avulsion dentaire, amygdalectomie, exérèse de lésion cutanée…

La technique ne figure dans le libellé que si elle apporte une discrimination en terme de description, de travail médical ou de coût de la pratique. Elle figure en général en fin de ligne pour une meilleure lisibilité :

Biopsie d'une lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée sans guidage,

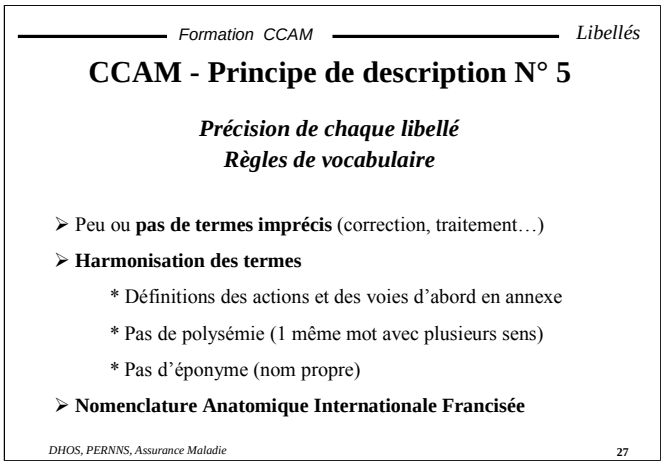
Biopsie d'une lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage échographique,

Biopsie d'une lésion de la glande mammaire, par voie transcutanée avec guidage radiologique,

Lorsqu'elle précise le geste chirurgical, elle est plus volontiers placée avant la voie d'abord :

Colectomie gauche sans libération de l'angle gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie,

Colectomie gauche sans libération de l'angle gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie.


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description N° 5
Précision de chaque libellé
Règles de vocabulaire
Peu ou pas de termes imprécis (correction, traitement…)
Harmonisation des termes
* Définitions des actions et des voies d'abord en annexe
* Pas de polysémie (1 même mot avec plusieurs sens)
* Pas d'éponyme (nom propre)
Nomenclature Anatomique Internationale Francisée
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
27

5ème principe : précision de chaque libellé :

Règles de vocabulaire

Non utilisation de terme imprécis comme " correction ", " traitement ", " cure ", sauf dans les cas déjà énoncés en particulier pour les malformations congénitales.

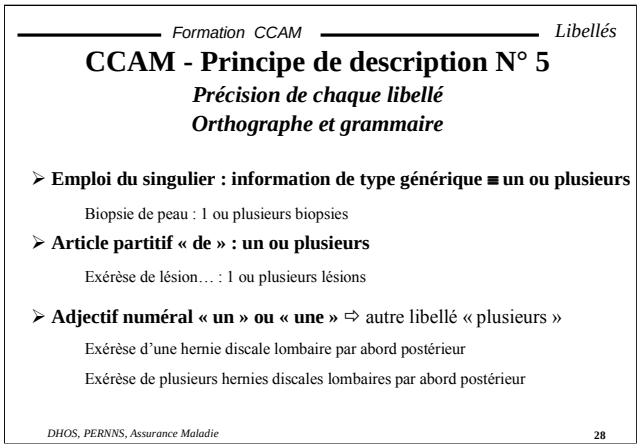
Harmonisation du vocabulaire : un même terme conserve le même sens dans l'ensemble de la CCAM, une même information est traduite par le même terme ou la même expression.

Tous les termes concernant les **actions** et les **voies d'abord** sont précisés par des définitions fournies **en annexe**. Si elles sont généralement conformes à celles fournies dans les ouvrages lexicographiques, elles peuvent, dans certains cas, avoir été adaptées (restrictions de sens, précisions spécifiques) pour un emploi particulier dans cet ouvrage (cf cœlioscopie). En cas de litige, ces définitions prévaudront sur tout autre document.

En cas de **polysémie** (propriété d'un mot qui a plusieurs sens) il a été décidé de n'employer le terme que dans un sens pour éviter toute confusion, ou de le remplacer par une locution explicite : ainsi le terme *neurolyse* peut signifier *destruction* ou *libération* du nerf ; il n'existe donc pas dans la CCAM et a été remplacé, selon les cas, par " *destruction du nerf* " ou par " *libération du nerf* ".

L'emploi d'un nom propre pour décrire un acte (**éponyme**) a été exclu des libellés (les variantes depuis la description originale sont souvent nombreuses) ; il a été préféré fournir une description précise de la technique mise en œuvre ; en revanche, une expression éponymique peut figurer en note d'inclusion quand il est apparu qu'elle facilitait pour l'utilisateur la recherche ou la compréhension du libellé.

La description de la topographie a utilisé la terminologie internationale : tout le **vocabulaire anatomique** utilise ici la version francisée de la nomenclature anatomique internationale : ulna, patelle, fibula, talus


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description N° 5
Précision de chaque libellé
Orthographe et grammaire
Emploi du singulier : information de type générique ≡ un ou plusieurs
Biopsie de peau : 1 ou plusieurs biopsies
Article partitif « de » : un ou plusieurs
Exérèse de lésion… : 1 ou plusieurs lésions
Adjectif numéral « un » ou « une » ⇨ autre libellé « plusieurs »
Exérèse d'une hernie discale lombaire par abord postérieur
Exérèse de plusieurs hernies discales lombaires par abord postérieur
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
28

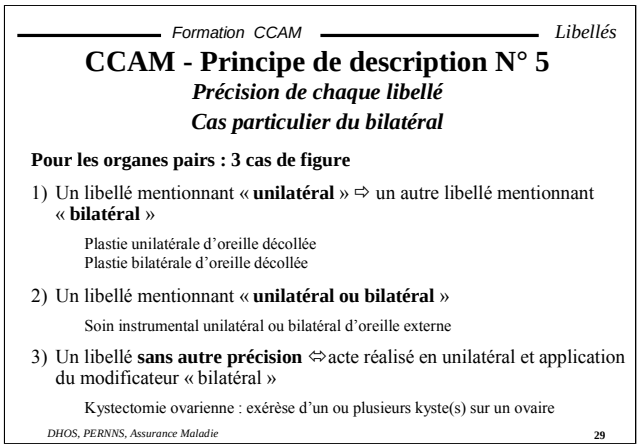
5ème principe : précision de chaque libellé :

Orthographe et grammaire

Respect de l'**orthographe** figurant dans les ouvrages de référence courants ; utilisation très restrictive du **trait d'union** conformément aux recommandations de l'Académie Française et du Conseil Supérieur de la Langue Française.

Emploi du singulier : les termes d'action figurent toujours au singulier : il s'agit d'une information de type générique qui signifie donc que l'on a réalisé, pour l'organe concerné, une ou plusieurs fois cette action : biopsie de peau veut dire une ou plusieurs biopsies de peau ; il est bien évident que, la plupart du temps, l'action est cependant unique et le " plusieurs " serait un non sens en terme médical : " colectomie gauche " veut bien dire une seule colectomie !… Lorsque le complément de nom du terme d'action est introduit par **l'article partitif** " de ", cet article a toujours le sens de " un ou plusieurs " : exérèse de lésion signifie que l'on a fait l'exérèse d'une ou de plusieurs lésions.

En revanche, si le complément de nom du terme d'action est introduit par **l'adjectif numéral** " un ou une ", alors il existe un autre libellé correspondant à " plusieurs ", sauf si médicalement, la notion de plusieurs n'a aucun sens : " exérèse d'une hernie discale lombaire par abord postérieur " et " exérèse de plusieurs hernies discales lombaires par abord postérieur " ; " exérèse d'un rhinophyma " , le pluriel n'a ici pas de sens.


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description N° 5
Précision de chaque libellé
Cas particulier du bilatéral
Pour les organes pairs : 3 cas de figure
1) Un libellé mentionnant « unilatéral » ⇨ un autre libellé mentionnant « bilatéral »
Plastie unilatérale d'oreille décollée
Plastie bilatérale d'oreille décollée
2) Un libellé mentionnant « unilatéral ou bilatéral »
Soin instrumental unilatéral ou bilatéral d'oreille externe
3) Un libellé sans autre précision ⇔acte réalisé en unilatéral et application du modificateur « bilatéral »
Kystectomie ovarienne : exérèse d'un ou plusieurs kyste(s) sur un ovaire
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
29

Cas particulier du "bilatéral " : les règles d'emploi du singulier, précédemment énoncées, concernent les actes réalisés sur un organe donné ; s'il s'agit d'un organe pair, ces règles s'appliquent à l'acte réalisé en unilatéral : " kystectomie ovarienne " signifie " exérèse d'un ou plusieurs kystes sur un ovaire " ; si la même action est réalisée sur les deux ovaires, alors il y a application du modificateur " bilatéral " ; ceci afin de restreindre un peu le nombre de libellés, lorsque l'acte en bilatéral est peu fréquent.

Lorsque l'acte est fréquent en bilatéral, alors le libellé est décliné dans la CCAM en unilatéral et en bilatéral : " Plastie unilatérale d'oreille décollée " et " Plastie bilatérale d'oreille décollée ".

Enfin lorsque l'acte est le plus souvent bilatéral, un seul libellé a été retenu et porte la mention " unilatéral ou bilatéral " : " soin instrumental unilatéral ou bilatéral d'oreille externe " ; lorsque cette éventualité concerne tous les actes d'une même subdivision, alors la mention " unilatéral ou bilatéral " figure en tête du sous-chapitre correspondant.

CCAM - Principe de description N° 5

Précision de chaque libellé

Syntaxe

- **« avec »** : 2 cas de figure

  → relie deux actions

  « amygdalectomie avec adénoïdectomie »

  → introduit la **technique** utilisée

  il existe alors le libellé « sans » la dite technique

  « coagulation d'un œdème du larynx, par laryngoscopie directe, sans laser »

  « coagulation d'un œdème du larynx, par laryngoscopie directe, avec laser »

- **« et »** : « avec » sens différent de la CIM

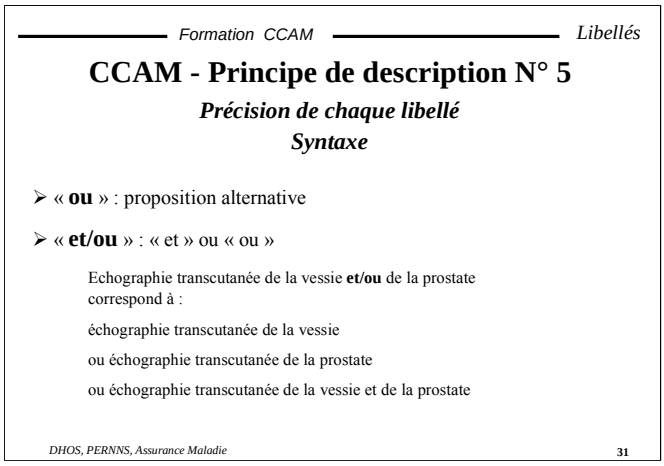
Syntaxe

Emploi de la préposition **" avec "** : 2 cas de figure

- soit elle **relie deux actions** et ce libellé est alors une procédure, c'est-à-dire un regroupement usuel d'actes isolés : " amygdalectomie avec adénoïdectomie "
- soit elle introduit la **technique utilisée** : dans ce cas, il existe le libellé " sans " la dite technique, placé en général sur la ligne précédente : " Coagulation d'un œdème du larynx, par laryngoscopie directe, sans laser "

  " Coagulation d'un œdème du larynx, par laryngoscopie directe, avec laser "

Emploi de la conjonction " **et** " : est toujours employé au sens de " avec " qu'il remplace lorsque l'emploi en semble plus élégant.


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description N° 5
Précision de chaque libellé
Syntaxe
« ou » : proposition alternative
« et/ou » : « et » ou « ou »
Echographie transcutanée de la vessie et/ou de la prostate correspond à :
échographie transcutanée de la vessie
ou échographie transcutanée de la prostate
ou échographie transcutanée de la vessie et de la prostate
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
31

Syntaxe

Emploi de la conjonction " **ou** " : elle introduit une proposition alternative, exclusive ayant le sens de « ou bien ». Ce procédé limite le nombre de libellés, en permettant de réunir sous le même libellé des actes dont les différences techniques n'ont pas paru suffisantes pour les distinguer selon l'action mise en œuvre, l'organe traité, la voie d'abord ou la technique utilisée : " turbinoplastie ou turbinectomie inférieure ou moyenne unilatérale ou bilatérale, par endoscopie ".

Emploi de l'expression " **et/ou** " : le moins possible car terme non conforme à la Langue Française.

Cela étant, " et " a toujours le sens de avec et " ou " est toujours exclusif ; et/ou signifie donc que les termes reliés ainsi peuvent avoir été réalisés ensemble ou bien que seul l'un des deux a été réalisé : " échographie transcutanée de la vessie et/ou de la prostate " identifie, en fait, les 3 actes suivants : " échographie transcutanée de la vessie " ou " échographie transcutanée de la prostate " ou " échographie transcutanée de la vessie et de la prostate ".

Emploi de la **virgule** : dans une énumération, la virgule remplace toujours la conjonction qui suit.

CCAM - Principe de description N° 5

Précision de chaque libellé
Conventions d'écriture

Crochets [ ] : synonyme

« au lit du malade » : acte réalisé au lit du malade

« chirurgical » : acte réalisé au bloc opératoire

5ème principe : précision de chaque libellé

Conventions d'écriture :

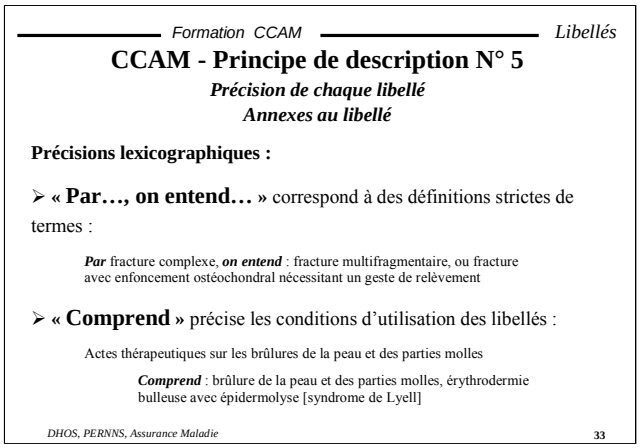
Les **crochets [ ]** : ils isolent un terme ou une locution équivalent ou synonymique du terme ou de la locution le précédant. Il peut s'agir d'un synonyme vrai " Résection palliative de la prostate [recalibrage de l'urètre], par urétroscopie " ou d'un terme habituel dont la nomenclature internationale ne reconnaît plus l'usage : " curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien ".

Emploi des termes " au lit du malade " : placés en fin de libellé, ils désignent un acte d'imagerie ou d'électrophysiologie réalisé au lit du malade, c'est-à-dire chez un patient intransportable.

Par l'emploi du terme " chirurgical " placé après le terme signifiant l'action on entend acte réalisé au bloc opératoire.

Par l'emploi de parenthèses ( ) : pour préciser le code d'un libellé exclu.

Exemple: GAFA007 - Exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse narinaire A l'exclusion de : exérèse de lésions des fosses nasales (GAFD001) polypectomie intranasale (GAFD002)


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description N° 5
Précision de chaque libellé
Annexes au libellé
Précisions lexicographiques :
« Par…, on entend… » correspond à des définitions strictes de termes :
Par fracture complexe, on entend : fracture multifragmentaire, ou fracture avec enfoncement ostéochondral nécessitant un geste de relèvement
« Comprend » précise les conditions d'utilisation des libellés :
Actes thérapeutiques sur les brûlures de la peau et des parties molles
Comprend : brûlure de la peau et des parties molles, érythrodermie bulleuse avec épidermolyse [syndrome de Lyell]
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
33

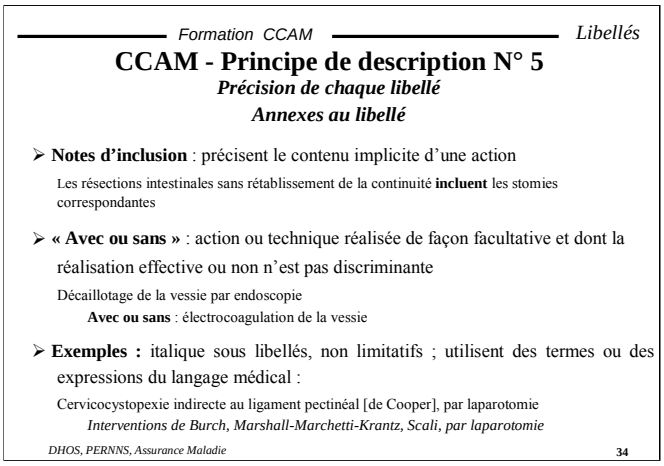
Annexes au libellé :

Ce sont des **notes explicatives** qui visent à préciser les conditions d'utilisation des libellés ou le contenu des actes.

Précisions lexicographiques : placées en tête de chapitre ou de sous-chapitre, elles précisent le sens de certains termes particuliers ; elles sont introduites par l'expression " **Par…, on entend**… " si elle correspondent à des définitions strictes : " *Par* fracture complexe, *on entend* : fracture multifragmentaire, ou fracture avec enfoncement ostéochondral nécessitant un geste de relèvement " ou par le verbe " **Comprend** " si elles précisent les conditions dans lesquelles les libellés concernés peuvent être employés :

" Actes thérapeutiques sur les brûlures de la peau et des parties molles "

Comprend : brûlure de la peau et des parties molles, érythrodermie bulleuse avec épidermolyse [syndrome de Lyell].


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description N° 5
Précision de chaque libellé
Annexes au libellé
Notes d'inclusion : précisent le contenu implicite d'une action
Les résections intestinales sans rétablissement de la continuité incluent les stomies correspondantes
« Avec ou sans » : action ou technique réalisée de façon facultative et dont la réalisation effective ou non n'est pas discriminante
Décaillotage de la vessie par endoscopie
Avec ou sans : électrocoagulation de la vessie
Exemples : italique sous libellés, non limitatifs ; utilisent des termes ou des expressions du langage médical :
Cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
Interventions de Burch, Marshall-Marchetti-Krantz, Scali, par laparotomie
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
34

Annexes au libellé

Notes d'inclusion : placées en tête de chapitre ou de sous-chapitre, elles précisent le contenu technique implicite d'une action, notamment lorsque ce contenu correspond à des actes figurant par ailleurs dans la CCAM ; elles sont introduites par le verbe " **inclut** ": "les réductions de luxation articulaire à ciel ouvert" *incluent* la réparation de l'appareil capsuloligamentaire par suture ou plastie, la stabilisation éventuelle de l'articulation par matériel inerte, et/ou la contention par appareillage externe.

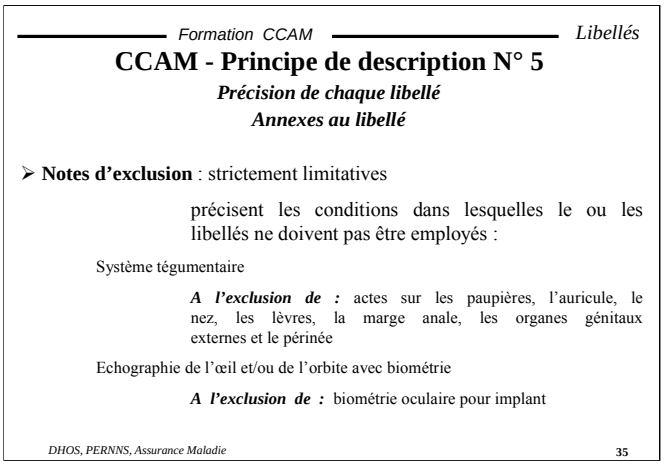
L'expression **" Avec ou sans " :** placée en tête de chapitre, de sous-chapitre ou sous un libellé, elle signale une action ou une technique, réalisée de façon facultative avec les actes sus ou sous-cités et dont la réalisation effective ou non au cours de ces actes n'a pas été jugée discriminante ni en terme de description, ni en terme de valorisation : " Décaillotage de la vessie par endoscopie

Avec ou sans : électrocoagulation de la vessie "

Exemples: ils figurent en italiques sous le libellé et ne sont **pas limitatifs** ; ils utilisent des termes ou des expressions fréquemment employés dans le langage médical, mais ne répondant pas aux règles de rédaction de la CCAM ; on y trouve, en particulier, la désignation de certaines interventions utilisant des expressions éponymiques courantes :

" Cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie

Interventions de Burch, Marshall-Marchetti-Krantz, Scali, par laparotomie "


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description N° 5
Précision de chaque libellé
Annexes au libellé
Notes d'exclusion : strictement limitatives
précisent les conditions dans lesquelles le ou les libellés ne doivent pas être employés :
Système tégumentaire
A l'exclusion de : actes sur les paupières, l'auricule, le nez, les lèvres, la marge anale, les organes génitaux externes et le périnée
Echographie de l'œil et/ou de l'orbite avec biométrie
A l'exclusion de : biométrie oculaire pour implant
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
35

Annexes au libellé

Les **notes d'exclusion** : elles sont limitatives

- placées en tête de chapitre ou de sous-chapitre, elles signalent les conditions dans lesquelles les libellés de la division concernée (chapitre, paragraphe…) ne doivent pas être employés :

  " Système tégumentaire

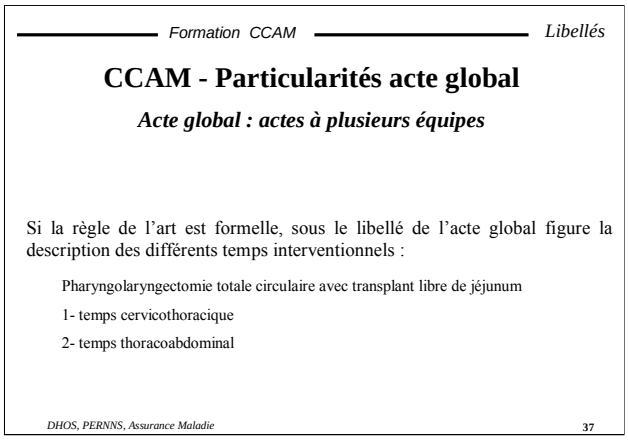
  ***A l'exclusion de* :** actes sur les paupières, l'auricule, le nez, les lèvres, la marge anale, les organes génitaux externes et le périnée "

- placée sous un libellé, l'exclusion interdit l'utilisation de ce libellé pour décrire l'acte qu'elle introduit ; cette exclusion correspond souvent à un acte particulier que l'on veut isoler par rapport à un libellé plus général : " Echographie de l'œil et/ou de l'orbite avec biométrie

  A l'exclusion de : biométrie oculaire pour implant "

Particularités et Dérogations aux principes CCAM

- **Actes à plusieurs équipes**
- **Actes à plusieurs phases**
- **Actes se déroulant sur une longue durée**
- **Actes d'anesthésie**
- **Actes à séance**
- **Actes ou gestes complémentaires**
- **Associations prévues**
- **Associations non prévues**
- **Modificateurs**


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Particularités acte global
Acte global : actes à plusieurs équipes
Si la règle de l'art est formelle, sous le libellé de l'acte global figure la description des différents temps interventionnels :
Pharyngolaryngectomie totale circulaire avec transplant libre de jéjunum
1- temps cervicothoracique
2- temps thoracoabdominal
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
37

1er principe

Cas particuliers :

Actes à plusieurs équipes : si au cours d'une même intervention, deux ou plusieurs praticiens de disciplines différentes concourent, chacun pour leur part, à la réalisation d'un acte isolé ou d'une procédure, deux cas de figure peuvent se présenter :

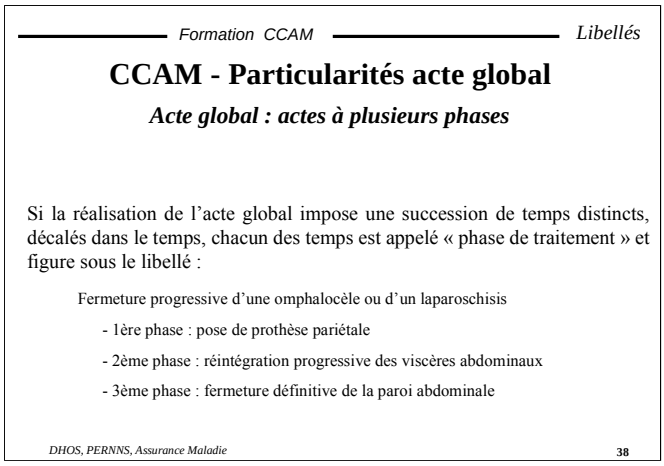
– la règle de l'art est formelle et impose une double équipe : sous le libellé de l'acte global figure la description des deux temps interventionnels : « Pharyngolaryngectomie totale circulaire avec transplant libre de jéjunum

1 - temps cervicothoracique

2 - temps thoracoabdominal »

La description reste technique et ne fait pas référence à la spécialité de l'opérateur.

– la règle de l'art n'est pas formelle ; cette collaboration est occasionnelle ou affaire d'organisation locale, ce qui est le cas le plus fréquent : le libellé n'est pas subdivisé : " Exérèse de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux et/ou du conduit auditif interne, par abord sous-occipital rétrosigmoïdien " ou " Biopsie du rein par voie transcutanée, avec guidage échographique ".


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Particularités acte global
Acte global : actes à plusieurs phases
Si la réalisation de l'acte global impose une succession de temps distincts, décalés dans le temps, chacun des temps est appelé « phase de traitement » et figure sous le libellé :
Fermeture progressive d'une omphalocèle ou d'un laparoschisis
- 1ère phase : pose de prothèse pariétale
- 2ème phase : réintégration progressive des viscères abdominaux
- 3ème phase : fermeture définitive de la paroi abdominale
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
38

Actes en plusieurs phases : dans certains cas, la réalisation d'un traitement complet impose une succession de temps distincts, complémentaires les uns des autres, décalés dans le temps, mais concourant chacun au résultat final : chacun des temps est appelé " phase de traitement ". Chaque phase est un temps élémentaire du traitement complet, et, comme tel, ne peut figurer sous forme de libellé indépendant dans la CCAM. Sous le libellé de l'acte global figure la description des différentes phases : " Fermeture progressive d'une omphalocèle ou d'un laparoschisis

- 1ère phase : pose de prothèse pariétale
- 2ème phase : réintégration progressive des viscères abdominaux
- 3ème phase : fermeture définitive de la paroi abdominale "

CCAM - Particularités acte global

Acte global : actes se déroulant sur une durée prolongée

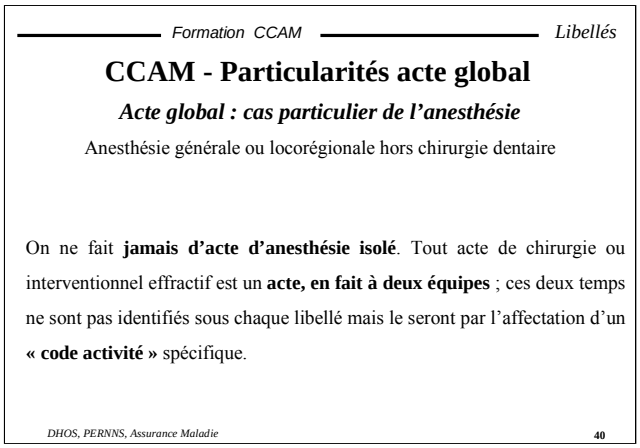
La réalisation de ces actes nécessite une continuité du soin initial, sans distinction possible de phases différentes

Réduction orthopédique progressive d'un déplacement ostéoarticulaire, par traction continue

Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage

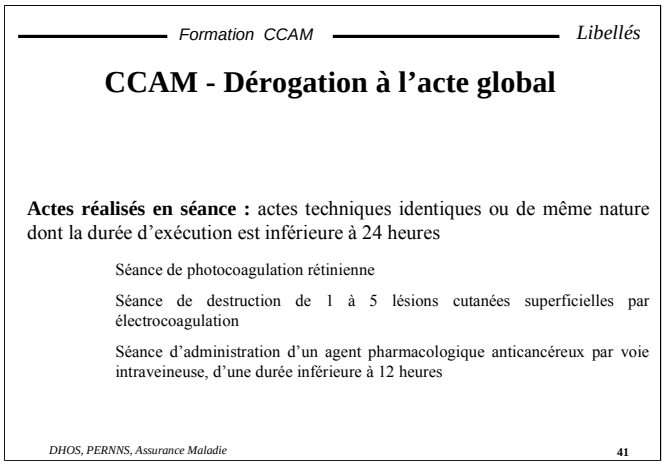
Actes se déroulant sur une durée prolongée : certains actes nécessitent pour leur achèvement une continuité du soin initial, prolongé sur une période plus ou moins longue sans que l'on puisse distinguer vraiment de phases différentes. Sont de cette catégorie, par exemple, les actes de " réduction orthopédique progressive d'un déplacement ostéoarticulaire, par traction continue " : il ne s'agit pas de la répétition de l'acte initial de pose de traction ; il ne s'agit pas non plus de la surveillance ordinaire de ce geste initial. Les libellés de ce type d'acte décrivent bien implicitement l'ensemble des temps initiaux (pose de traction et installation), intermédiaires (adaptation, surveillance) et terminaux (ablation du système de traction, désinstallation) habituels aboutissant au résultat final de réduction de la lésion. Les actes de " drainage " sont, bien entendu , de ce type. Il n'est donc pas fait de description de différents temps sous le libellé qui correspond, en l'état, à l'ensemble du traitement.

Exemple : " Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage "


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Particularités acte global
Acte global : cas particulier de l'anesthésie
Anesthésie générale ou locorégionale hors chirurgie dentaire
On ne fait jamais d'acte d'anesthésie isolé. Tout acte de chirurgie ou interventionnel effractif est un acte, en fait à deux équipes ; ces deux temps ne sont pas identifiés sous chaque libellé mais le seront par l'affectation d'un « code activité » spécifique.
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
40

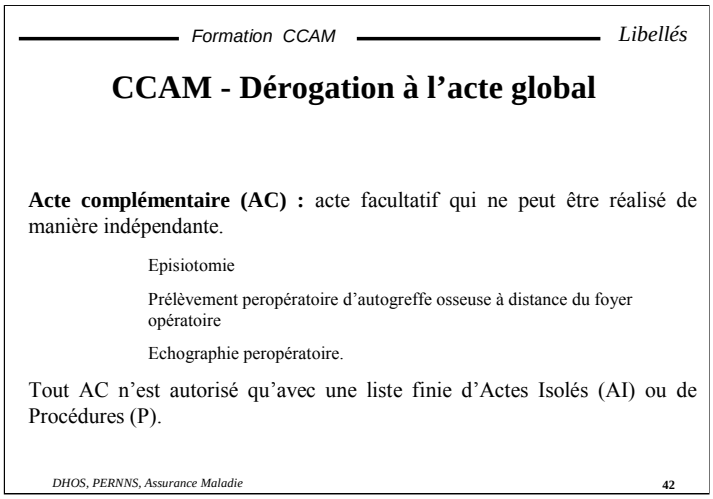
Cas particulier de l'anesthésie générale ou locorégionale (hors chirurgie dentaire) **en référence à l'acte global :** la notion même d'acte global exclut tout libellé d'anesthésie de la CCAM ; on ne fait jamais d'acte d'anesthésie isolé ; l'anesthésie est un temps obligé de l'acte chirurgical ou de certains actes médicaux interventionnels. Autrement dit, tout acte de chirurgie ou interventionnel invasif est un acte, en fait à deux équipes ; pour alléger l'écriture, ces deux temps ne sont pas identifiés sous chaque libellé mais le seront par l'affectation systématique de deux " codes activité " à chaque code principal des actes toujours réalisés sous anesthésie. Nous en reparlerons lors du codage.

En revanche, il existe, dans la CCAM, des actes d'analgésie qui correspondent au traitement des douleurs chroniques à l'exclusion de l'analgésie postopératoire qui, elle, fait partie intégrante de l'acte d'anesthésie dans la règle de l'art.


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Dérogation à l'acte global
Actes réalisés en séance : actes techniques identiques ou de même nature dont la durée d'exécution est inférieure à 24 heures
Séance de photocoagulation rétinienne
Séance de destruction de 1 à 5 lésions cutanées superficielles par électrocoagulation
Séance d'administration d'un agent pharmacologique anticancéreux par voie intraveineuse, d'une durée inférieure à 12 heures
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
41

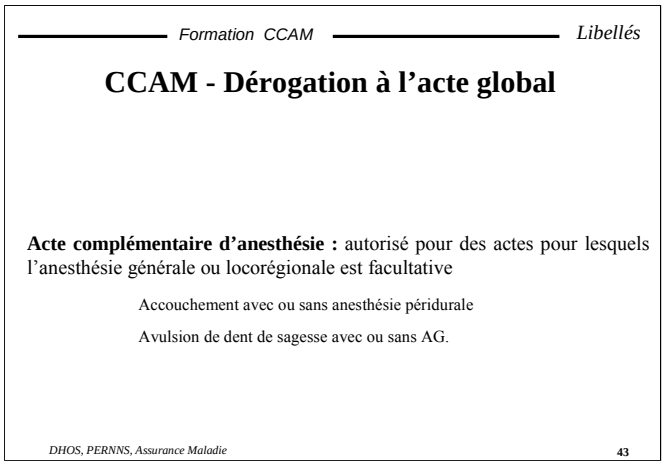
Dérogation au 1er principe

Acte réalisé en séance : certains actes nécessitent pour leur achèvement la répétition d'un acte technique identique (ex. : destruction de lésions superficielles) ou de même nature (rééducation, chimiothérapie, photocoagulation rétinienne, irradiation externe…), dont la durée d'exécution est inférieure à 24 heures ; dans ce cas, ne figure à la CCAM que le libellé de l'acte itératif et il est alors introduit par le terme " séance de .. ".


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Dérogation à l'acte global
Acte complémentaire (AC) : acte facultatif qui ne peut être réalisé de manière indépendante.
Episiotomie
Prélèvement peropératoire d'autogreffe osseuse à distance du foyer opératoire
Echographie peropératoire.
Tout AC n'est autorisé qu'avec une liste finie d'Actes Isolés (AI) ou de Procédures (P).
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
42

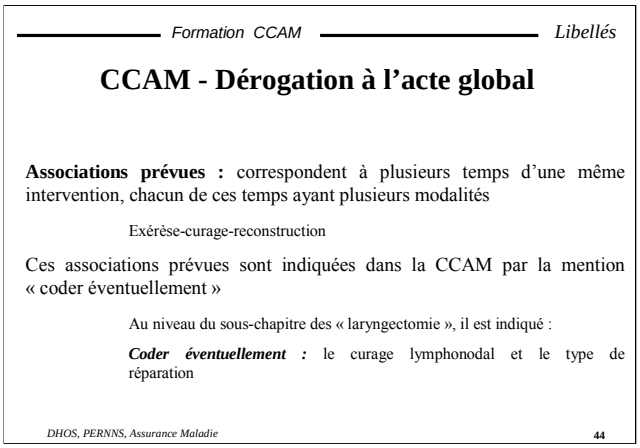
Dérogation au 1er principe

Actes ou gestes complémentaires : pour éviter la multiplication des libellés dans la CCAM, une dérogation au principe de l'acte global a été introduite : la notion d'acte complémentaire. On appelle acte complémentaire (AC), un acte facultatif pratiqué avec un acte isolé (AI) ou une procédure (P), qui ne peut être réalisé de manière indépendante. La création d'un AC n'est envisagée que s'il peut être réalisé en complément d'un assez grand nombre d'AI ou de P. Tout AC n'est associable qu'à une liste finie et donc identifiée d'AI ou de P. Quelques exemples : " épisiotomie " ou " prélèvement peropératoire d'autogreffe osseuse à distance du foyer opératoire " ou " échographie peropératoire ".


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Dérogation à l'acte global
Acte complémentaire d'anesthésie : autorisé pour des actes pour lesquels l'anesthésie générale ou locorégionale est facultative
Accouchement avec ou sans anesthésie péridurale
Avulsion de dent de sagesse avec ou sans AG.
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
43

Dérogation au 1er principe

Cas particulier de l'AC d'anesthésie : nous avons vu que l'anesthésie était un temps obligé des actes interventionnels " invasifs " ; il y a cependant des actes pour lesquels l'anesthésie générale ou locorégionale est facultative, c'est-à-dire que l'acte peut se faire sous anesthésie ou sans anesthésie : par exemple un accouchement peut se faire avec ou sans anesthésie loco-régionale (anesthésie péridurale en l'occurrence), de même des avulsions de dent de sagesse voire un Scanner… l'acte d'anesthésie correspond alors à la définition même de l'AC. Il existe 4 libellés d'AC d'anesthésie, chacun d'eux associable à une liste finie et donc identifiée d'AI ou de P.


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Dérogation à l'acte global
Associations prévues : correspondent à plusieurs temps d'une même intervention, chacun de ces temps ayant plusieurs modalités
Exérèse-curage-reconstruction
Ces associations prévues sont indiquées dans la CCAM par la mention « coder éventuellement »
Au niveau du sous-chapitre des « laryngectomie », il est indiqué :
Coder éventuellement : le curage lymphonodal et le type de réparation
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
44

Associations prévisibles donc prévues dans des tables : la CCAM, nous l'avons vu, comporte des P qui sont les regroupements usuels, c'est-à-dire les associations d'actes très fréquentes.

Dans certaines disciplines, ou pour certaines pathologies, le traitement impose la réalisation de plusieurs temps chirurgicaux qui peuvent être effectués au cours de la même intervention ou bien chacun d'eux à des dates différentes ; par ailleurs chacun de ces temps peut comporter plusieurs modalités pour un organe donné ; si l'on avait voulu inscrire l'ensemble des procédures possibles, la multiplication des libellés aurait été excessive ; ont donc été inscrits les différents AI pour chacun des temps et le praticien associera les AI qu'il a réalisés : par exemple, pour les actes portant sur le pharynx et le larynx, il existe 3 types d'actes : les exérèses, les curages ganglionnaires, les reconstructions ; il sera possible d'associer tout acte d'exérèse à tout acte de curage et à tout acte de reconstruction ; les actes d'une même famille, bien sûr, ne sont pas associables ente eux. Pour ces associations prévues par construction même de la CCAM et correspondant à des tables, il est porté en tête des sous-chapitres, voire sous les libellés concernés, la mention : " ***coder éventuellement.***.. "

CCAM - Dérogation à l'acte global

Associations non prévues : il existe une infinité théorique d'associations d'actes. Autorisation d'association de libellés sous **4 conditions** :

- l'un des libellés **n'est pas un temps obligé** de l'autre
- cette association **ne correspond pas à une procédure**
- cette association **ne correspond pas à une association** prévue
- **signalement par le praticien** de cette association non prévue par un code supplémentaire

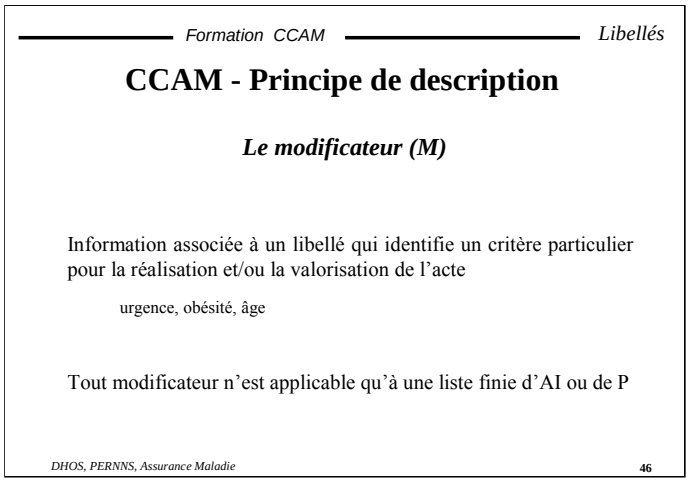
Associations imprévisibles et donc non prévues dans des tables : en médecine, il existe, effectivement une infinité d'associations d'actes possibles et, donc du fait même de ce caractère infini, impossibles à prévoir ; si le praticien réalise lors de la même intervention deux actes dont l'association n'est pas usuelle et donc non prévue dans la CCAM, alors il pourra associer les deux libellés correspondants sous quatre conditions :

- que l'un des libellés ne soit pas un temps obligé de l'autre
- que cette association ne corresponde pas, en fait, à une procédure
- que cette association ne corresponde donc pas à une association prévue
- qu'il le signale par un code supplémentaire indiquant qu'il s'agit bien d'une association non prévue ou d'une procédure exceptionnelle.

Ex : HHFA001 « Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque »

QZNP013 « Séance de destruction de 1 à 5 lésions cutanées superficielles par électrocoagulation »

Cette association est possible mais non prévue dans les tables.


Formation CCAM
Libellés
CCAM - Principe de description
Le modificateur (M)
Information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation et/ou la valorisation de l'acte
urgence, obésité, âge
Tout modificateur n'est applicable qu'à une liste finie d'AI ou de P
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
46

Le modificateur

On appelle modificateur (M) une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation et/ou la valorisation de l'acte. *Ils possèdent les propriétés suivantes :*

- définition très précise et caractère contrôlable

- majoration significative du travail ou intérêt descriptif

- fréquence inhomogène d'un praticien à l'autre

- application possible à un grand nombre d'Actes Isolés ou de Procédures

Ex. : le modificateur urgence répond à tous ces critères

A noter que le modificateur ne sera applicable que si l'acte ne contient pas déjà implicitement ou explicitement cette circonstance particulière :

Ex : le modificateur " obésité " ne s'appliquera pas au libellé " Court-circuit[*Bypass*] gastrique pour obésité morbide, par laparotomie "

Le modificateur " urgence " ne s'appliquera pas au libellé " détorsion du cordon spermatique avec orchidopexie unilatérale ou bilatérale, par abord direct ".

Le modificateur " âge " ne s'appliquera pas aux libellés correspondants au traitement de l'atrésie de l'œsophage.

Tout modificateur n'est applicable qu'à une liste finie et donc identifiée d'AI ou de P.

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Le codage des actes

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Le codage des actes

Les principes généraux

Chaque acte ou prestation élémentaire est identifié par un code et non plus par une lettre- clé et un coefficient.

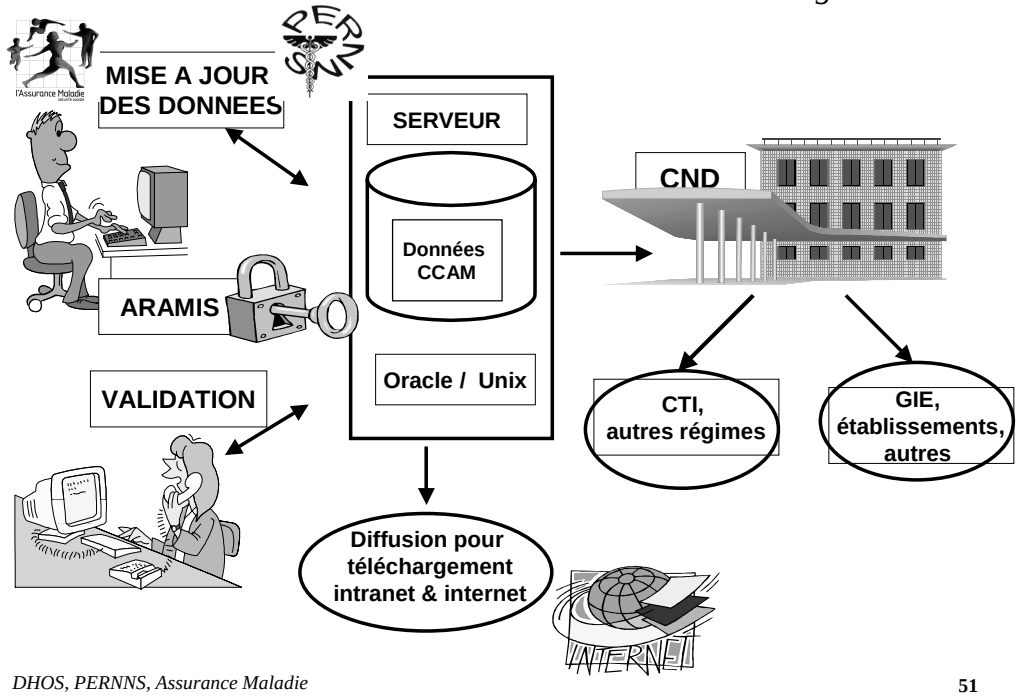
Un code = un libellé = un prix unitaire

Chaque code est affecté d'attributs qui précisent ses caractéristiques propres.

Les bases de référence répertoriant l'ensemble des codes et de leurs attributs seront consultables sur Intranet et Internet.

Les éléments qui permettent de rembourser les actes de la CCAM seront issus :

- **de la base CCAM :** c'est la base de référence, elle comprend les attributs propres à chaque acte (code acte, libellé, code activité, modificateurs applicables, actes associables, actes incompatibles, prix unitaire,...)
- **d'informations transmises** par le professionnel de santé
- **de règles de gestion** : ce sont les dispositions générales de la nomenclature qui déterminent les règles tarifaires


MISE A JOUR DES DONNEES
SERVEUR
Données CCAM
Oracle / Unix
CND
ARAMIS
VALIDATION
CTI, autres régimes
GIE, établissements, autres
Diffusion pour téléchargement intranet & internet
INTERNET

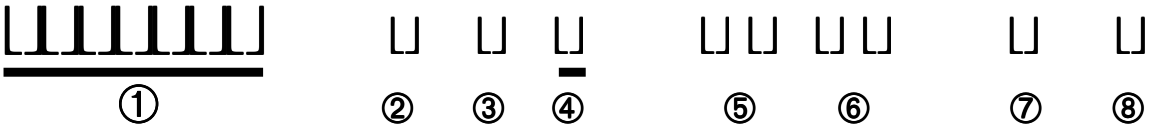
CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Le codage des actes

Le système de codification

Codage, tarification et PMSI

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



① code de l'acte

② code activité
③ code extension documentaire
④ code phase de traitement

⑤ et ⑥ Modificateurs
⑦ Association non prévue
⑧ Remboursement exceptionnel

Globalement, sont représentés :

A gauche, les codes :

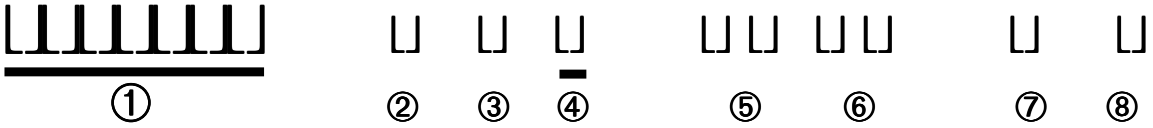
- qui décrivent l'acte (❶❷❸❹) et permettent de le tarifer (❶❷❹),
- qui sont nécessaires au groupage dans le PMSI (❶❹)

A droite, des codes supplémentaires qui peuvent être nécessaires pour préciser les circonstances dans lesquelles l'acte a été effectué. Les codes ❺ ❼ ❽ ont une incidence sur la tarification.

Parmi tous ces codes, deux sont purement descriptifs et n'interviennent pas dans la tarification de l'acte (❸ et ❻) , ils vous seront expliqués plus avant dans l'exposé.

Codage, tarification et PMSI

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



Tarification ① ② ④ **Modulation de la tarification ⑤ ⑦ ⑧**

Codage PMSI ① ④

① code de l'acte : 7 caractères alphanumériques

exemple : **GGJA002**

Ici, nous nous intéressons au premier code qui est celui de l'acte.

Il a été défini conjointement par le PERNNS et l'Assurance Maladie après avoir étudié les différents systèmes de codification utilisés à l'étranger.

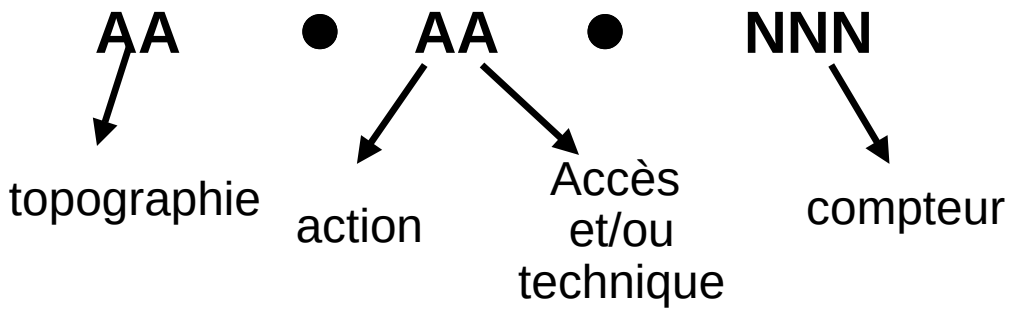
Il devait répondre à plusieurs contraintes : le code devait être ergonomique et maniable, permettre d'effectuer facilement des regroupements ou des tris et le système de codification choisi devait être évolutif.

Le choix s'est porté sur un code alphanumérique de 7 caractères dont les 4 premiers, alphabétiques, sont signifiants et les 3 derniers, numériques, sont aléatoires.

Le système de codification :

un code semi-structuré de 7 caractères

calé sur la structuration des libellés



Evacuation de collection de la cavité pleurale, par thoracotomie sans résection costale : **GGJA002**

Vous avez vu, au début de cette formation , la méthode de construction des libellés des actes.

Les 4 premiers caractères du code sont alphabétiques et correspondent à cette structuration du libellé : topographie, action, accès et/ou technique

Un dictionnaire a ainsi été constitué à partir de 3 listes :

- la liste des topographies
- la liste des verbes d'action
- la liste des techniques et/ou accès

Codage de la topographie

1ère lettre : codage du système

SITE ANATOMIQUE OU FONCTION PHYSIOLOGIQUE	CODE
SYSTÈME NERVEUX	A
ŒIL	B
OREILLE	C
CŒUR ET GROS VAISSEAUX	D
VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES	E
SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE ET RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL	F
SYSTÈME RESPIRATOIRE	G
TRACTUS DIGESTIF ET ORGANES DE LA DIGESTION	H
APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL, FÉCONDATION	J
SYSTÈME ENDOCRINIEN	K
OS, ARTICULATIONS, MUSCLES, TENDONS ET TISSUS MOUS : TETE, COU ET TRONC	L
OS, ARTICULATIONS, MUSCLES, TENDONS ET TISSUS MOUS : MEMBRE SUPÉRIEUR	M
OS, ARTICULATIONS, MUSCLES, TENDONS ET TISSUS MOUS : MEMBRE INFÉRIEUR	N
OS, ARTICULATIONS, MUSCLES, TENDONS ET TISSUS MOUS : LOCALISATION IMPRÉCISE	P
PEAU ET TISSUS CELLULAIRES SOUS CUTANÉS	Q
RÉGIONS TOPOGRAPHIQUES	Z

*Evacuation de collection de la cavité pleurale, **par thoracotomie** sans résection costale :* **GGJA002**

La topographie est codée sur 2 caractères.

Ici, c'est le premier caractère qui est explicité.

Il correspond à la localisation d'un site anatomique ou à une fonction physiologique.

L'exemple de libellé figurant dans l'encadré correspond au système respiratoire codé G

Cependant,cette localisation est trop générale et doit être complétée par un deuxième caractère précisant l'organe ou la fonction.

Codage de la topographie

2ème lettre : codage de l'organe ou de la fonction

*Évacuation de collection de la cavité pleurale, **par thoracotomie** sans résection costale* : **GGJA002**

SYSTÈME RESPIRATOIRE	G
Nez	**GA**
Sinus	**GB**
Rhinopharynx et fosse infra-temporale	**GC**
Larynx et épiglotte	**GD**
Trachée et arbre bronchique	**GE**
Poumons	**GF**
Plèvre	**GG**
Espace médiastinal	**GH**
Odorat	**GJ**
Langage	**GK**
Respiration	**GL**
Système respiratoire sans précision	**GZ**

Nous nous trouvons ici dans le système respiratoire.

Cette liste précise les organes et les fonctions qui caractérisent le système respiratoire.

Les autres sites anatomiques sont déclinés de la même manière.

Dans l'exemple, l'acte médical est effectué dans la plèvre qui est codée G.

Ainsi, la codification complète de la topographie de cet acte est :

***GG** : **G** (pour système respiratoire) et **G** (pour plèvre)*

Codage de l'action

Une lettre : en fonction de l'action principale du libellé

*Évacuation de collection de la cavité pleurale, **par thoracotomie** sans résection costale* : **GGJA002**

Retirer sans remplacer			
Drainer	Diriger l'évacuation d'un fluide hors de son lieu d'origine dans l'organisme, par l'intermédiaire d'un dispositif adapté (drain, mèche, lame…) laissé en place	**J**	DRAINAGE
Évacuer	Faire sortir un fluide de l'organisme sans laisser en place de dispositif particulier	**J**	ASPIRATION DÉCAILLOTAGE ÉVACUATION EXPRESSION EXSUFFLATION SAIGNÉE **SOUSTRACTION THÉRAPEUTIQUE** -ASPIRATION
Nettoyer	Débarrasser une partie de l'organisme d'éléments indésirables ou nocifs	**J**	ASSAINISSEMENT DÉTARTRAGE DÉTERSION ÉPURATION IRRIGATION LAVAGE NETTOYAGE PANSEMENT PARAGE SOIN INSTRUMENTAL TOILETTE

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie **58**

Le troisième caractère est significatif de l'action effectuée par le praticien.

Comme pour la topographie , une liste des verbes d 'action a été établie.

Elle précise la définition des verbes et les noms des différentes actions qui y sont associées.

Dans l'exemple, l'action « évacuation » correspond au verbe « évacuer » qui, lui-même, fait partie du verbe d'action « retirer sans remplacer ».

Cette action est codée J.

Codage de la technique et/ou de l'accès

Une lettre : en fonction du mode d'accès ou de la technique utilisés

*Évacuation de collection de la cavité pleurale, **par thoracotomie** sans résection costale* : **GGJA002**

Modalité	Définition	Lettre
Abord ouvert	Accès au site opératoire par incision des téguments ou de tout autre tissu sous-jacent, avec exposition du site opératoire. Par extension, s'applique à toute ouverture traumatique ou non pour un acte de la peau.	**A**
Abord transpariétal	Accès au site opératoire par ponction ou incision minime des téguments ou de tout autre tissu sous-jacent, sans introduction d'un instrument d'optique	**B**
Acte par agents ionisants, sans abord	Réalisation d'un acte utilisant des agents ionisants sans effraction de la peau ou d'un autre tissu	**K**
Acte par ultrasons, sans abord	Réalisation d'un acte utilisant les ultrasons, sans effraction de la peau ou d'un autre tissu	**M**
...	**...**	**...**

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie

59

Enfin, le quatrième caractère vient préciser la technique utilisée ou le mode d 'accès employé pour l'intervention.

Un liste répertorie, également, les différentes modalités possibles et précise leurs définitions.

*Dans l'exemple, le libellé de l'acte indique qu'il a été effectué **par thoracotomie. Il s'agit donc d'un abord ouvert et celui-ci est codé A.***

Nous disposons à présent des 4 caractères alphabétiques décrivant l'acte.

Détermination du compteur

Chaque code à 4 caractères est affecté d'un **compteur à trois chiffres**, pour différencier les actes ayant même code anatomique, même code d'action et même code d'abord ou de technique

*Évacuation de collection de la cavité pleurale, par thoracotomie **sans** résection costale :*

GGJA002

*Évacuation de collection de la cavité pleurale, par thoracotomie **avec** résection costale :*

GGJA004

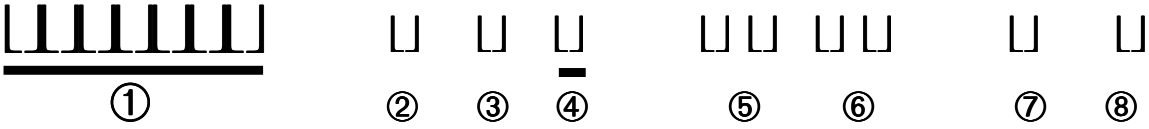
Comme le montre l'exemple, il existe des actes qui sont différents mais qui, pourtant, sont identifiés par les mêmes 4 premiers caractères.

Pour pouvoir les différencier, nous avons prévu un compteur numérique à la suite des caractères alphabétiques.

Vous disposez maintenant du code complet de l'acte qui comprend donc 7 caractères.

Formation CCAM — *Codage des actes*

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



Tarification ① ② ④ **Modulation de la tarification ⑤ ⑦ ⑧**

Codage PMSI ① ④

② code "Activité" : identifie les actions des différents intervenants pour un même acte

Le nombre d'intervenants nécessaire pour un acte est défini en référence aux règles de l'art.

Il est constant et obligatoire.

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie **61**

Dans le cas le plus fréquent, l'acte est effectué par un seul intervenant.
La valeur du code activité sera alors, par défaut, **1.**

Activité (1)

Appendicectomie, par laparotomie **(HHFA011)**

Codes "Activité"
HHFA011 1 : Appendicectomie par laparotomie
HHFA011 4 : Anesthésie pour appendicectomie par laparotomie

Chaque praticien indiquera le code de l'acte (7 caractères), suivi du code activité.

Les valeurs des codes activité sont par convention :

1 *pour l'acte principal*

4 *pour les* ***actes d 'anesthésie générale ou locorégionale***

5 *pour la réalisation* ***d'une circulation extracorporelle***

Lorsque l'acte principal nécessite une anesthésie, l'acte principal prend comme code activité 1 et l'anesthésie comme code activité 4.

Activité (2)

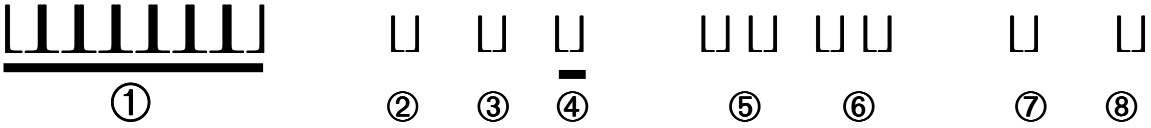
Exérèse de la plaque d'une exstrophie vésicale avec dérivation urinaire, avec ostéotomie du bassin (**JDFA010)**

Codes "Activité"
JDFA010 1 : exérèse de la plaque et dérivation urinaire
JDFA010 2 : ostéotomie du bassin
JDFA010 4 : anesthésie

Lorsque l'acte principal est réalisé en plusieurs temps par plusieurs intervenants au cours de la même intervention, le code activité peut prendre les valeurs **1, 2, 3** suivant le nombre de temps (intervenants)**.**

Dans l'exemple ci-dessus, le premier temps (activité 1) est réalisé par un chirurgien urologue et le deuxième (activité 2) par un chirurgien orthopédiste.

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



Tarification ① ② ④ **Modulation de la tarification ⑤ ⑦ ⑧**

Codage PMSI ① ④

③ **Extension documentaire :** créé à la demande des sociétés savantes, il donne un niveau de détail supplémentaire, qui ne modifie pas significativement les moyens mis en œuvre.

Il est alphanumérique sur une position, et devra avoir été validé par la structure de maintenance de la CCAM avant création et intégration aux tables officielles.

Ce code n 'intervient pas sur la tarification.

Comme son nom l'indique, il est documentaire.

Voir l'exemple suivant

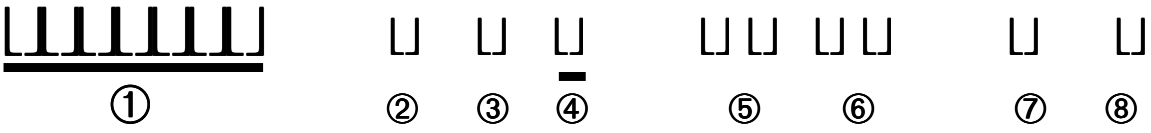
Extension documentaire

Dilatation intraluminale d'une branche de l'aorte abdominale à destinée digestive avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée (**EDAF005)**

Exemples de codes "Documentaires"

F : tronc cœliaque
G : artère gastrique gauche
H : artère hépatique commune
I : artère splénique
J : artère mésentérique supérieure
K : artère mésentérique inférieure

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



Tarification ① ② ④ **Modulation de la tarification ⑤ ⑦ ⑧**

Codage PMSI ① ④

④ Code "Phase de traitement" : Il permet de repérer la phase de traitement pour les actes en plusieurs phases .

Il permet :

- de déclencher un paiement par phase (partiel) pour la tarification

- d'orienter dans le GHM adéquat pour les phases qui se déroulent sur plusieurs hospitalisations (PMSI)

Les actes qui se déroulent en plusieurs phases ne sont pas très nombreux mais ils existent et il faut prévoir un mécanisme qui permettent de les identifier.

Ce code ne sera donc pas très souvent renseigné.

Il aura pour valeur **0** dans la plupart des cas (actes qui se déroulent en une seule phase).

Lorsqu'il sera renseigné, il permettra de déclencher un paiement pour une phase et ce, quel que soit le nombre de séances inclus dans la phase.

Phase de traitement

Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps (**MJMA006)**

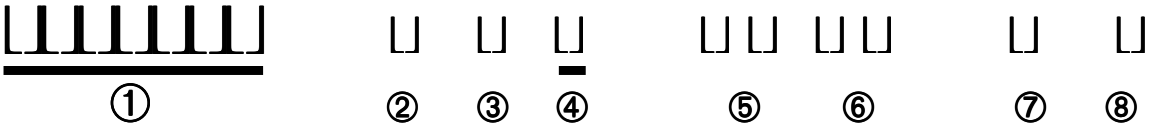
Codes "phase de traitement"
1 : reconstruction de la gaine fibreuse digitale avec pose de prothèse provisoire, par abord direct
Avec ou sans : réfection des poulies
2 : transplant libre de tendon de la main

Il s'agit d'un exemple d'acte médical se déroulant en 2 phases .

A l'issue de la phase 1, un paiement pourra être déclenché.
Le solde sera versé à la fin de la phase 2.

Formation CCAM — *Codage des actes*

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



Tarification ① ② ④ **Modulation de la tarification ⑤ ⑦ ⑧**

Codage PMSI ① ④

⑤ ⑥ Modificateurs : précisent les circonstances de l 'acte qui sont (⑤) ou non (⑥) valorisées

exemples : **U : Urgence**
A : score ASA>2
F : jour Férié

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie **68**

Les modificateurs

Pour la description :

- le nombre total de modificateurs disponibles devrait être d'une dizaine
- à un acte donné, seuls certains d'entre eux seront applicables
- pour décrire l'acte, le praticien pourra coder jusqu'à 4 modificateurs

Pour la tarification :

- 2 modificateurs seulement pourront être facturés
- l'application de ces modificateurs entraînera une majoration, exprimée en pourcentage du tarif de base

Modificateurs

Anesthésie pour splénectomie totale, par laparotomie
Avec ou sans : greffe de rate (**FFFA001**)
Intervention en urgence, un jour férié, chez un patient ASA3

Codes "Modificateurs" :
1er modificateur : U (urgence)
2ème modificateur : F (jour férié)
3ème modificateur : A (score ASA>2)

Comme il vient d'être dit, parmi les modificateurs 2 seulement seront tarifants.

Lorsque le praticien code plus de 2 modificateurs, il doit indiquer en premier les deux qu'il souhaite voir tarifer.

Les associations d'actes

- **interdites : actes composant une procédure, actes implicites, …**

  « Amygdalectomie par dissection » et « Adénoïdectomie »

- **prévues : actes associables, gestes complémentaires,...**

  « Néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par laparotomie ou abord lomboabdominal » et « Curage lymphonodal [ganglionnaire] lomboaortique, par laparotomie »

- **non prévues : associations non prévisibles et non exclues**

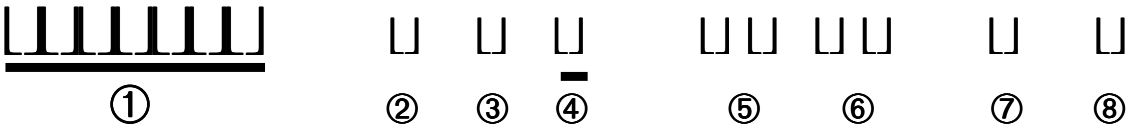
  « Appendicectomie, par laparotomie » et « Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe »

Ici, on ne peut coder une amygdalectomie par dissection avec une adénoïdectomie car il existe la procédure d'amygdalectomie par dissection avec adénoïdectomie.

Le codage de l'association d'une néphrectomie totale élargie à la loge rénale, par laparotomie et le curage lymphonodal lomboaortique, par laparotomie est prévu. En tête du sous-paragraphe ' Néphrectomie totale élargie ' est noté ' Coder éventuellement : curage lymphonodal *'.*

Le codage d'une appendicectomie par laparotomie et d'une exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe est possible : il n'est pas exclu, mais n'a pas été prévu car peu fréquent.

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



Tarification ① ② ④ **Modulation de la tarification ⑤ ⑦ ⑧**

Codage PMSI ① ④

⑦ code association non prévue

Ce code supplémentaire permet de rembourser des associations d'actes non prévues, mais non exclues.

Les valeurs différentes du code permettront de distinguer les taux d'abattement applicables aux actes de cette association

1 = association non prévue même mode d'accès
2 = association non prévue accès différents

} Association de 4 actes maximum

3 = polytraumatismes

4 = associations > 4 actes

} Association possible de plus de 4 actes

Ces valeurs sont données à titre d'exemple.

La notion de polytraumatisme s'entend ici comme une association de plusieurs actes réalisés par un même praticien, le même jour.

Pour un polytraumatisme faisant intervenir plusieurs praticiens, chaque praticien code séparément son ou ses actes.

Exemple : traumatisme crânien + éclatement de la rate + fracture du fémur. Il ne s'agit pas d'association au sens du codage. Le neurochirurgien, l'orthopédiste et le chirurgien viscéral codent chacun leur intervention.

Associations d'actes

- Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des deux os de l'avant-bras, à foyer ouvert **(MCCA008)**
- Ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial par fixateur externe **(NCCA013)**

Code "Association non prévue"
2 : Association non prévue, modes d'accès différents

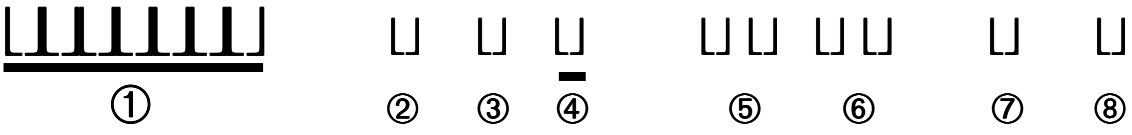
Comme vous le constatez dans cet exemple, un acte chirurgical a été pratiqué sur l'avant bras et un autre sur le tibia.

Cette association n'est a priori pas fréquente, c'est pourquoi elle n'a été ni prévue ni exclue des listes d 'associations et nécessite donc d'être identifiée par un code association non prévue.

Les voies d 'abord pour ces 2 actes chirurgicaux étant différentes, c'est la valeur **2** qui doit être mentionnée.

Formation CCAM — *Codage des actes*

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



Tarification ① ② ④ **Modulation de la tarification ⑤ ⑦ ⑧**

Codage PMSI ① ④

⑧ code remboursement exceptionnel

Pour chaque acte, la nomenclature précise son "admission au remboursement" : "remboursable", "non remboursable", "remboursable selon circonstances".

Pour les actes de cette dernière catégorie seulement, un code devra être indiqué par le professionnel lorsque l'indication médicale autorise le remboursement de l'acte.

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie **75**

Pour les actes repérés dans la nomenclature par la mention « remboursable selon circonstances », les indications médicales permettant un remboursement exceptionnel seront précisées.

Remboursement exceptionnel

Rhinoplastie primitive de la pointe (**GAMA008)**

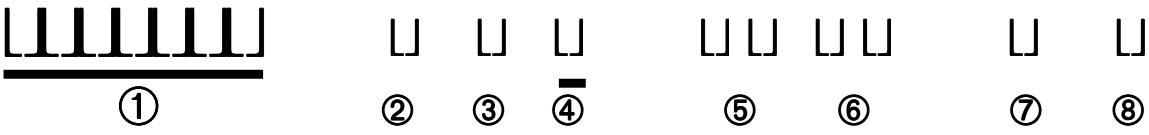
Code "Remboursement exceptionnel"
1 : demande de remboursement exceptionnel

Lorsque le praticien réalise un acte de la catégorie « remboursable selon circonstances » et que les indications médicales pour lesquelles il a pratiqué l'acte lui permettent de le rendre remboursable, il doit renseigner ce code « remboursement exceptionnel » avec la valeur **1** .

Dans tous les autres cas, ce code n'est pas renseigné.

Codage, tarification et PMSI

Codes descriptifs de l 'acte **codes supplémentaires**



① code de l'acte

② code activité
③ code extension documentaire
④ code phase de traitement

⑤ et ⑥ Modificateurs
⑦ Association non prévue
⑧ Remboursement exceptionnel

Globalement, sont représentés :

A gauche, les codes :

- qui décrivent l'acte (❶❷❸❹) et permettent de le tarifer (❶❷❹

Un code = un libellé = un prix unitaire

• le système de tarification sera basé sur l'exploitation des codes et ne fera plus référence aux lettres-clés et coefficients actuels

• le prix unitaire d'un acte correspondra à l 'honoraire versé au professionnel de santé et résultera de la négociation tarifaire

La cohabitation entre les actes non codés relevant de la NGAP et les actes codés de la CCAM est possible (y compris dans une même facture).

La refonte des imprimés de facturation - feuille de soins médecin et bordereau 615 -, permet la saisie des nouvelles informations.

Des codes 'regroupements signifiants' regroupant plusieurs actes appartenant à la même « catégorie » se substitueront aux lettres-clés et seront transmis aux organismes complémentaires qui ne sont pas destinataires des codes et figureront sur les décomptes des assurés

Exemples : actes de chirurgie (ADC), actes d'imagerie (ADI)…

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Le codage des actes

Exemples de codage et tarification

Exemples de Codage

Drainage d'un épanchement de la cavité pleurale, par voie transcutanée sans guidage (GGJB001)

G	G	J	B	0	0	1		1		0									
①								②	③	④		⑤		⑥		⑦		⑧	

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie **80**

Dans la base CCAM figureront les tarifs de base de ces actes hors modificateurs.

Exemples de Codage

Appendicectomie par laparotomie (HHFA011 1)

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
H H F A 0 1 1	**1**	␣	**0**	␣ ␣	␣ ␣	␣	␣

Anesthésie pour appendicectomie par laparotomie (HHFA011 4)

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
H H F A 0 1 1	**4**	␣	**0**	␣ ␣	␣ ␣	␣	␣

Dans la base CCAM figureront les tarifs de base de ces actes hors modificateurs.

Exérèse de la plaque d'une exstrophie vésicale avec dérivation urinaire, avec ostéotomie du bassin (JDFA010)

1 : exérèse de la plaque et dérivation urinaire

J	D	F	A	0	1	0		1		0						
①							②	③	④		⑤		⑥		⑦	⑧

2 : ostéotomie du bassin

J	D	F	A	0	1	0		2		0						
①							②	③	④		⑤		⑥		⑦	⑧

4 : anesthésie

J	D	F	A	0	1	0		4		0						
①							②	③	④		⑤		⑥		⑦	⑧

Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps (MJMA006)

Phase 1 : reconstruction de la gaine fibreuse digitale avec pose de prothèse provisoire, par abord direct

M	J	M	A	0	0	6		1		1							
①								②	③	④		⑤		⑥		⑦	⑧

Phase 2 : transplant libre de tendon de la main

M	J	M	A	0	0	6		1		2							
①								②	③	④		⑤		⑥		⑦	⑧

Dilatation intraluminale d'une branche de l'aorte abdominale à destinée digestive avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée (EDAF005)

Code "Documentaire" F: tronc cœliaque

E	D	A	F	0	0	5		1	F	0													
①								②	③	④		⑤		⑥			⑦		⑧				

Anesthésie pour splénectomie totale, par laparotomie Avec ou sans : greffe de rate (FFFA001 4)

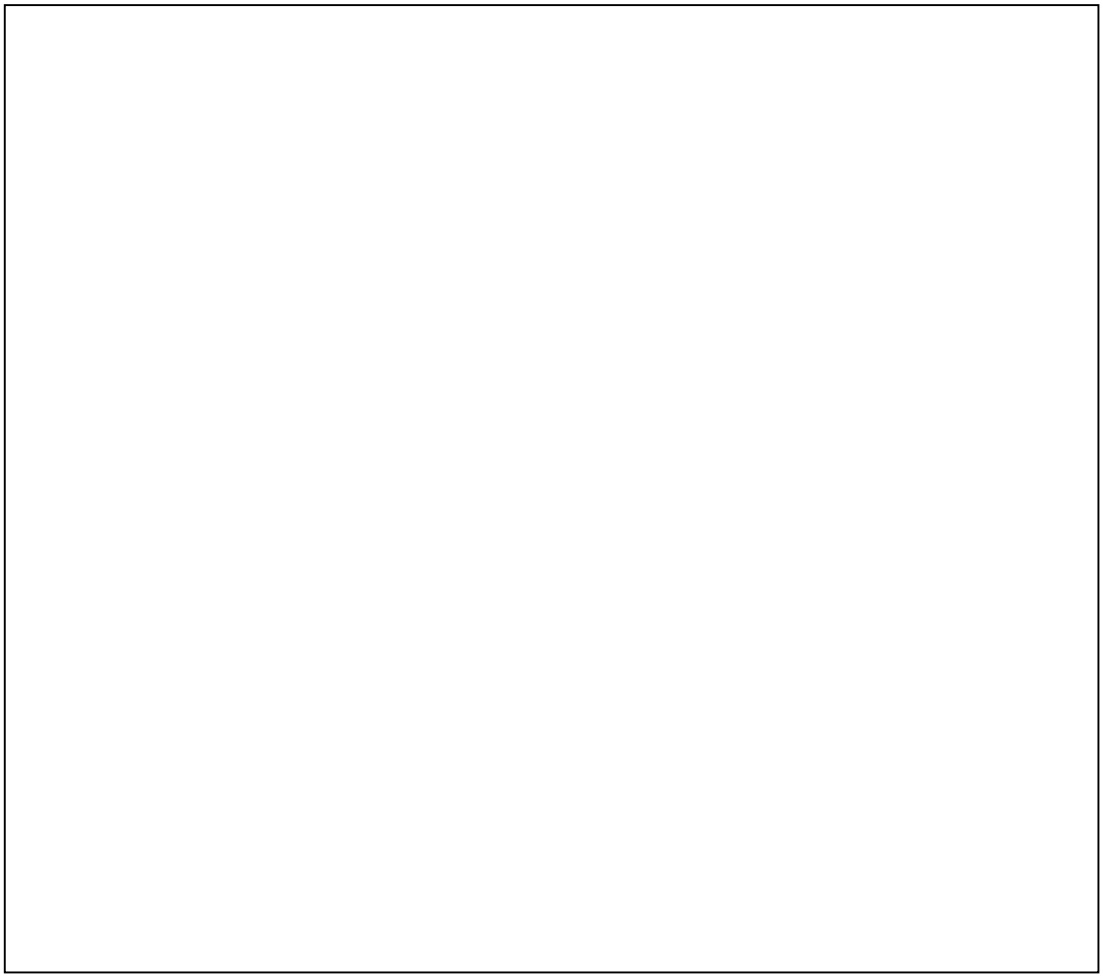
*Intervention **férié** (F), en **urgence** (U), chez un patient **ASA3** (A)*

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
FFFA014	**4**	␣	**0**	**F**	**U**	**A**	␣	␣	␣

Rhinoplastie primitive de la pointe (GAMA008)

Remboursement exceptionnel 1 : Remboursement autorisé

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
GAMA008	**1**	␣	**0**	␣	␣	␣	␣	␣	**1**



Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des deux os de l'avant-bras, à foyer ouvert (MCCA008)
Ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial par fixateur externe (NCCA013)

Code "Association" 2 : Association non prévue, modes d'accès différents

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
MCCA008		1	␣	0	␣	␣	2	␣
NCCA013		1	␣	0	␣	␣	2	␣

Exemples de tarification

Anesthésie pour splénectomie totale, par laparotomie Avec ou sans : greffe de rate (FFFA001 4)

Intervention **férié** (F), en **urgence** (U), chez un patient **ASA3** (A)

F F F A 0 0 1	**4**	␣	**0**	**F**	**U**	**A**	␣	␣	␣
①	②	③	④	⑤		⑥		⑦	⑧

F F F A 0 0 1	**4**	␣	**0**

Tarif de base = 457,6 `€

Modificateurs :

- **F** *férié = +15%*
- **U** *urgence = +20%*
- **A** *ASA = +10%*

Tarif après modificateurs =

457,6 x (1 + 35%) = ***617,8 €***

Seuls les 2 premiers modificateurs s'appliquent.

Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des deux os de l'avant-bras, à foyer ouvert (MCCA008)
Ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial par fixateur externe (NCCA013)

Code "Association" 2 : Association non prévue, modes d'accès différents

M C C A 0 0 8 1 ␣ 0 *Tarif de base = 163,2`€*

N C C A 0 1 3 1 ␣ 0 *Tarif de base = 282,2 €*

Code association non prévue

␣ *accès différents = 60%*

Tarif de l'association =

282,2 + (60% x 163,2) = ***380,1 €***

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie **88**

Dans le cas d'une association, l'acte dont le tarif de base est le plus élevé ne subit pas d'abattement. Tous les autres actes voient leurs tarifs modulés en fonction des règles tarifaires (même accès,accès différents, ...).

Dans l'exemple ci-dessus, le tarif de l'acte MCCA008 est égal à 60 % du tarif de base, le tarif de l'acte NCCA013 restant inchangé.

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Le codage des actes

Le contexte technique

A l'exception de la lettre clé, du coefficient, des majorations nuit & férié, les informations actuellement saisies par les PROFESSIONNELS DE SANTÉ subsistent :

- **Identifiant du professionnel de santé,**
- **Date d'exécution,**
- **Quantité (pour certains types d'actes),**
- **Montant des honoraires,**
- **Code motif de dépassement,**
- **Frais de déplacement (ID ou IK),**
- **Numéro de dent (actes dentaires).**

- **Les lettres clés concernées sont les suivantes : BDC, BR2, BR4, D, DC, KA, KC, KCC, KE, KMO, PRA, RIN, SC, SCM, SPR, ORT, PRO, TO, Z, ZN, ainsi que la plupart des K (environ 95%).**

- **Ces lettres clé correspondent aux actes techniques réalisés par les médecins (catégorie 1) et les chirurgiens (catégorie 4) qu'ils exercent à titre libéral, salarié ou remplaçant.**

- **La CCAM concerne le secteur d'activité libéral (en cabinet et en établissement privé) et le secteur public (soins externes et praticiens ayant une activité libérale à l'hôpital).**

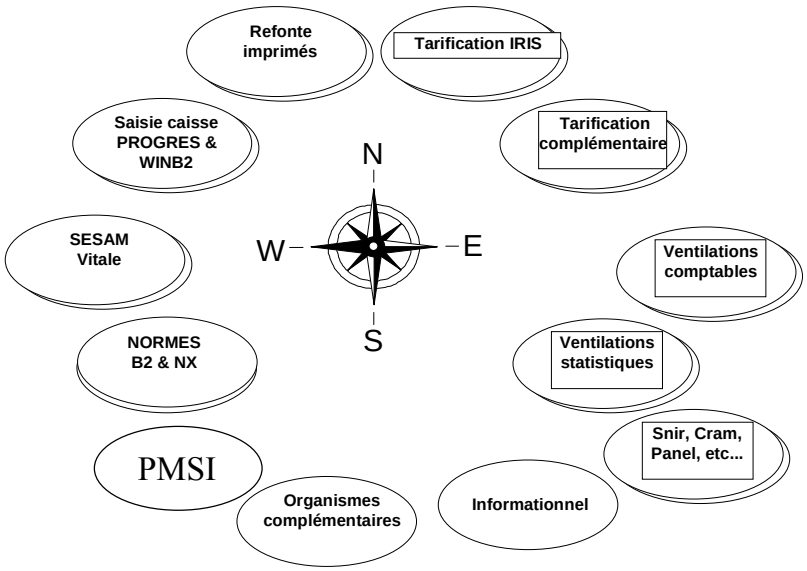
- **Dans le cadre des télétransmissions, sont concernées les normes B2 Avril 2000 et SESAM-Vitale 1.40**
- **Des « regroupements signifiants » calculés à partir du code affiné de l'acte se substituent aux lettres clé. Ils sont exploités pour les besoins des interlocuteurs qui ne sont pas destinataires des codes détaillés, en particulier les organismes complémentaires**

ACTES	LETTRES-CLE	CODES REGROUPEMENT
Actes chirurgicaux (y compris petits actes)	KC/KCC (éventuellement KA)	Actes de chirurgie ADC
Accouchements, césariennes, ...	K	Actes d'obstétrique ADO
Actes d'anesthésie-réanimation	K / KC	Actes d'anesthésie ADA
Actes de radiologie conventionnelle, scanner, IRM ,actes de radiologie vasculaire diagnostique, actes de médecine nucléaire diagnostique actes d'échographie/doppler	Z / CS KE	Actes d'imagerie ADI
Actes d'endoscopies et divers actes diagnostiques (audiométrie, petits actes ophtalmo, dermato,...) actes de radiologie et cardiologie interventionnelle, de chimiothérapie, actes de radiothérapie, actes de médecine nucléaire thérapeutique	Z / K ZN+PRA	Actes techniques médicaux (hors imagerie) ATM

ACTES	LETTRES-CLE	CODES REGROUPEMENT
Chirurgie dentaire dentistes	D / DC	Actes de chirurgie dentaire
Chirurgie médecins	K / KC	ACD
Prothèses dentaires dentistes	SPR	Prothèses dentaires
Prothéses médecins	PRO	PRD
Soins conservateurs dentaires	SC	Soins conservateurs dentaires
Soins conservateurs médecins	SCM	SCD
Soins d'orthodontie dentistes	TO	Soins d'orthondontie
Soins d'orthodontie médecins	ORT	SDO
Frais de déplacement	ID / IK	Frais de déplacement
		FDD

Quelques chiffres ...

- Nombre de codes acte : 7200
- Nombre de codes acte ayant deux codes activité : 4500
- Nombre de codes acte ayant plus deux codes activité : 50
- Nombre de codes acte / activité / ayant des phases de traitement : 50


Refonte imprimés
Tarification IRIS
Saisie caisse PROGRES & WINB2
Tarification complémentaire
N
W
E
S
SESAM Vitale
Ventilations comptables
NORMES B2 & NX
Ventilations statistiques
Snir, Cram, Panel, etc...
PMSI
Organismes complémentaires
Informationnel

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX ET DENTAIRES

REFONTE DES HONORAIRES

dans le cadre du paiement à l'acte

Comme nous l'avons évoqué en début de formation, la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux et dentaires) est une **nomenclature unique codée et tarifée.**

Nous allons nous intéresser, dans le cadre du paiement à l'acte, à la méthodologie employée pour affecter un tarif à chaque libellé.

Cette partie des travaux a été réalisée par le Pôle nomenclature de la CNAMTS en collaboration étroite avec les sociétés savantes.

Le CREDES a participé à l'étude du coût de la pratique.

•CREDES : *centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.*

- ➤ Oct. 1994 : saisine ministérielle : refonte de la chirurgie
- ➤ 1995 :
  - La Commission Permanente de la NGAP valide à l'unanimité la méthodologie proposée par le Pôle Nomenclature de la CNAMTS
  - Etude de faisabilité sur l'urologie, la chirurgie vasculaire et l'anesthésie-réanimation
- ➤ 1996 :
  - Présentation des conclusions de l'étude de faisabilité à la Commission Permanente
  - Lancement de la refonte de chirurgie et d'anesthésie
- ➤ 1998 : Lancement de la refonte de médecine et dentaire

Tout a commencé en **octobre 1994**, date à laquelle une **saisine ministérielle** commanditait une refonte de tous les actes de chirurgie.

De sorte qu'en 1995, une **méthodologie** a été **développée par le pôle nomenclature de la CNAMTS**. Elle **s'inspire des travaux de** l'équipe du professeur **Hsiao** du département de santé publique de Harvard à Boston.

Cette méthodologie a été validée à l'unanimité par la Commission Permanente de la NGAP.

Elle a fait l'objet d'une **étude de faisabilité, en 1995**, portant sur l'urologie, la chirurgie vasculaire et l'anesthésie-réanimation associée à ces 2 spécialités.

En 1996, la **refonte globale et synchrone** de la nomenclature pour les actes de chirurgie et d'anesthésie-réanimation est lancée. Elle est étendue 2 ans plus tard aux actes techniques de médecine (dentaire compris).

• Commission Permanente de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (CPNGAP) :

Commission ministérielle, consultative, comprenant en proportions égales des représentants de l'assurance maladie et des syndicats de professionnels, 2 personnalités qualifiées et un président.

Son rôle est de mettre à jour la nomenclature, tant au plan des libellés que des tarifs.

Nomenclature neutre

l'honoraire est établi en fonction des ressources mobilisées par le praticien

➲ ***travail médical*** ➢ ressources physiques et intellectuelles

➲ ***coût de la pratique*** ➢ charges professionnelles

⇩

Honoraire = prix du travail + coût de la pratique

La démarche que le pôle nomenclature de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) a développée a pour but d'obtenir une **nomenclature neutre** c'est-à-dire **dépourvue de distorsions financières**. Cela afin de garantir que la stratégie mise en œuvre par le praticien est prioritairement motivée par des considérations médicales.

L'**honoraire** est donc établi en **fonction des ressources mobilisées** en propre par le praticien pour produire l'acte.

Ces ressources sont de 2 types :

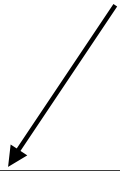
- d'une part le **travail médical** : qui recouvre l'ensemble des ressources physiques et intellectuelles mises en œuvre pour réaliser l'acte
- d'autre part le **coût de la pratique** ou charges professionnelles incombant en propre au praticien (charges fixes, locaux, matériel technique spécifique…)

In fine, l'honoraire sera constitué de la somme de ces deux éléments.

Premier temps : techniques utilisées pour évaluer le prix du travail médical.

Second temps : méthodes d'évaluation du coût de la pratique.

Honoraire = prix du travail + coût de la pratique



prix du travail = score X facteur de conversion

Le score du travail médical est obtenu par hiérarchisation

Le prix du travail médical est égal au score du travail multiplié par le **facteur de conversion monétaire, unique** et identique pour toutes les spécialités.

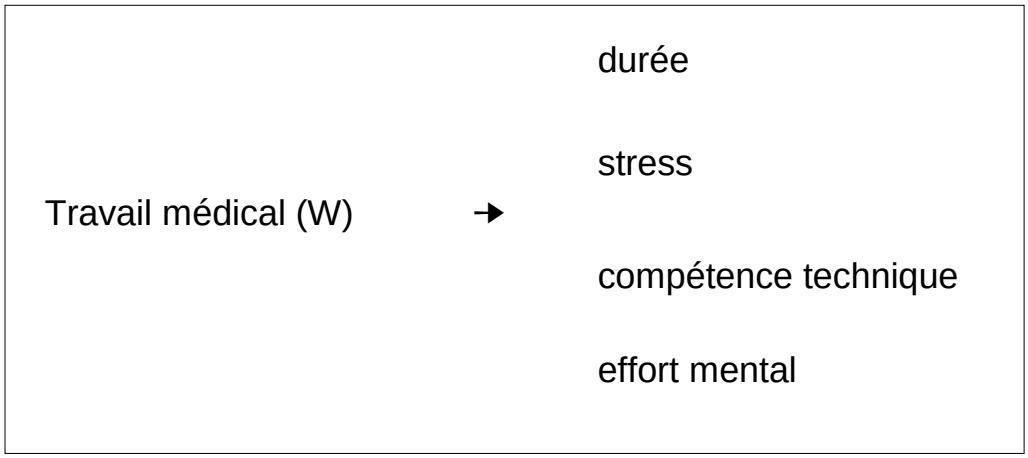
Pour chaque acte, il s'agit donc de mesurer le travail médical requis. C'est ce que nous appelons la phase de hiérarchisation des actes.

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Méthode de hiérarchisation du travail médical

Le principe consiste à **affecter un score (ou valeur relative) à chaque acte** en fonction du travail médical mis en œuvre par le praticien pour la réalisation du soin, indépendamment de toute considération financière.

Le travail médical et ses 4 composantes



DHOS, PERNNS, Assurance Maladie **102**

Le travail médical traduit en quelque sorte la **difficulté relative de l'acte**, sa pénibilité.

Il se compose de 4 éléments :

- la **durée** qui est un élément « objectif », c'est-à-dire **directement mesurable** et facilement quantifiable (la minute est une unité parfaitement identifiable)
- stress, compétence technique, effort mental, sont des composantes plus subjectives ; leur évaluation va nécessiter de faire appel à une technique particulière de mesure, la **méthode de l'acte de référence**.

La même technique sera utilisée pour mesurer le travail médical.

• stress : *phénomènes de pression, tension, anxiété animant le praticien*

• compétence technique : *technicité, dextérité requises pour maîtriser la difficulté technique de l'acte*

• effort mental : *concentration et capacité de réaction / adaptation du praticien au cours de l'intervention*

• travail médical : *ensemble des ressources physiques et intellectuelles mises en œuvre par le praticien. Il englobe stress, compétence technique, effort mental et durée dont il est une synthèse complexe.*

Méthode de l'acte de référence

L 'acte de référence :

- un acte fréquent, bien standardisé
- de travail modéré
- servant d'unité de mesure pour tous les actes de la spécialité
- dont le score est fixé à 100 par convention

La méthode de l'acte de référence est une méthode fréquemment utilisée dans les estimations de perceptions / jugements et permet d'obtenir des résultats fiables et reproductibles.

Il s'agit de définir **un acte et un seul** (dit « acte de référence ») qui va servir d'**unité de mesure** pour hiérarchiser l'ensemble des actes de la discipline.

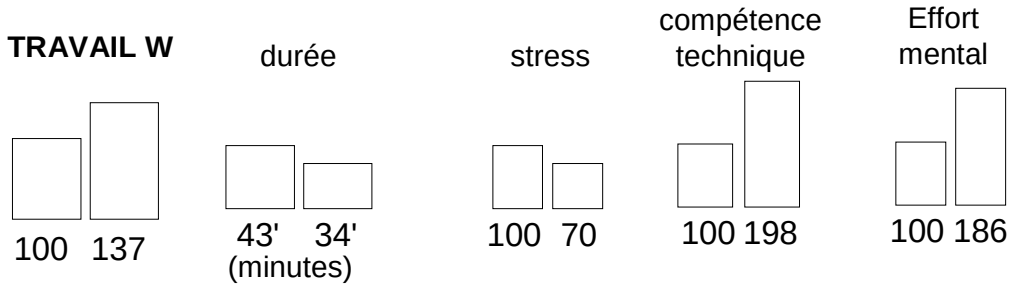
Tous les actes ont été scorés / évalués directement par des panels d'experts (un panel par discipline), selon la **règle de l'art** et le **patient habituel** pour l'acte considéré.

Le travail médical
hiérarchisation intra-spécialité

Exemple :

➲ **acte de référence :** « Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue »

➲ [CAM035] : «Échographie-doppler transthoracique du cœur et des gros vaisseaux »



DHOS, PERNNS, Assurance Maladie

104

Dans cet exemple, le travail médical de l'acte de référence « épreuve d'effort sur tapis roulant avec électrocardiographie » est fixé à 100. **Tous les actes de cardiologie ont été scorés par rapport à ce 100 de référence.** Chaque acte est évalué dans la règle de l'art et pour le patient habituel.

Ainsi par exemple, le travail médical de « l'échographie-doppler du cœur et des gros vaisseaux » nécessite 40 % de travail de plus que le travail de l'acte de référence, puisque son score a été évalué à 137.

En revanche, la durée de « l'échographie-doppler du cœur et des gros vaisseaux » est plus courte que celle de l'acte de référence (34 min contre 43 min). L'« échographie doppler du cœur et des gros vaisseaux » est 30 % moins stressante, mais requiert 2 fois plus de compétence technique que l'acte de référence. Sur cet exemple, on vérifie donc que **le travail médical n'est pas que de la durée.**

Attention : cela ne veut pas dire que le score de travail médical a été calculé à partir d'une formule liant les scores des 4 composantes. En effet, **chaque variable a été recueillie directement auprès des experts, indépendamment des autres variables.**

L'objectif du recueil de chaque composante était purement « pédagogique » : familiariser les experts à la méthode de l'acte de référence et surtout les amener à tenir compte de toutes les dimensions du travail médical lors de son scorage.

Le recueil

- par discipline 20 à 24 experts tirés au sort parmi env. 100
  - pour moitié publics
  - pour moitié privés
- 39 disciplines et 43 panels (1000 experts mobilisés)
- recueil : enquête postale à 1 ou 2 tours,
  et réunions plénières de consensus

Le recueil se fait par discipline, auprès de panels constitués de 20 à 24 experts tirés au sort parmi une liste d'une centaine d'experts **fournie par les sociétés savantes.**

Chaque panel comprend **pour moitié** des experts du secteur **public** et **pour moitié** des experts du secteur **privé**, parité invariable. Sa composition tient compte également d'une répartition géographique sur le territoire national (province/Ile de France, petites/grandes villes...).

1000 experts ont été mobilisés par le biais de 43 panels concernant 39 disciplines.

Le recueil a été effectué par enquête postale à 1 ou 2 tours, puis chaque acte non consensuel à l'issue de l'enquête postale a été étudié en réunion plénière.

---

43 panels dont 4 d'anesthésie-réanimation

Taux de consensus des spécialités médicales et chirurgicales

		Total Médecine		Total Chirurgie	
		Travail (W)	Durée (T)	Travail (W)	Durée (T)
Actes fréquents	1er tour	25%	40%	38%	62%
	2ème tour	57%	63%	79%	94%
Actes moins fréquents	1 seul tour	41%	43%	57%	75%

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie

106

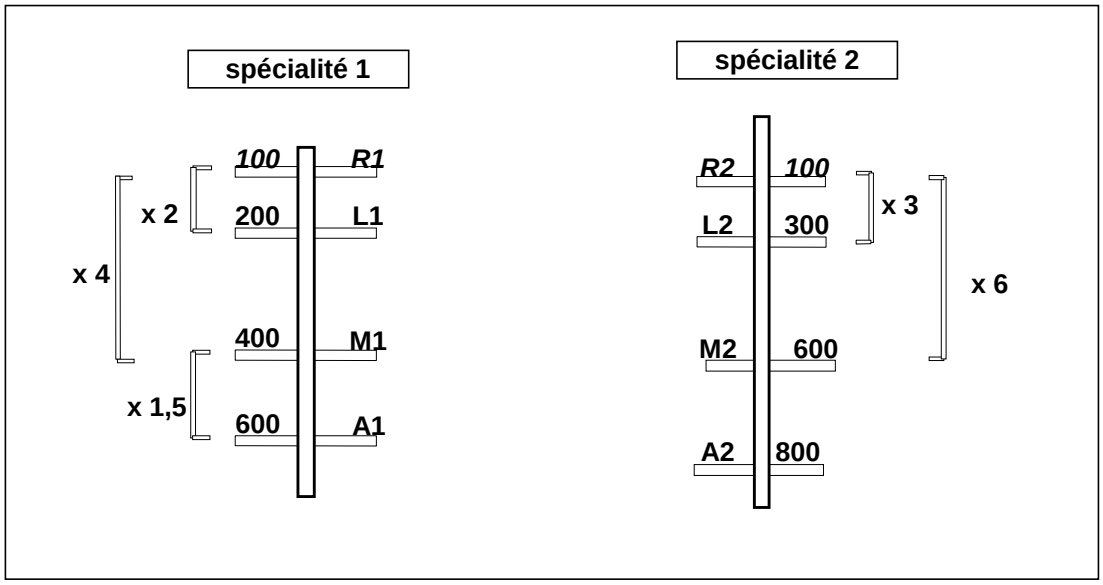
Une enquête à 2 tours pour la première phase de recueil, puis à un tour pour les recueils suivants, permet de ne pas trop alourdir les enquêtes tout en obtenant plus rapidement un consensus.

Un acte est déclaré consensuel si la distribution des scores des experts est suffisamment resserrée, et le score retenu est alors celui de la moyenne des experts.

En effet, à la suite du 1er scorage, sont renvoyés à chaque expert ses propres évaluations avec la position globale du panel afin qu'il puisse se situer dans le groupe et revoir éventuellement, si besoin, sa position initiale (pour les actes non consensuels dès le 1er tour). A l'issue du 2è tour le taux de consensus est plus élevé.

En réunion plénière seront discutés les actes restés divergents afin d'obtenir une valeur consensuelle pour tous les actes de la spécialité.

Le travail médical de l'intra- à l'inter-spécialités



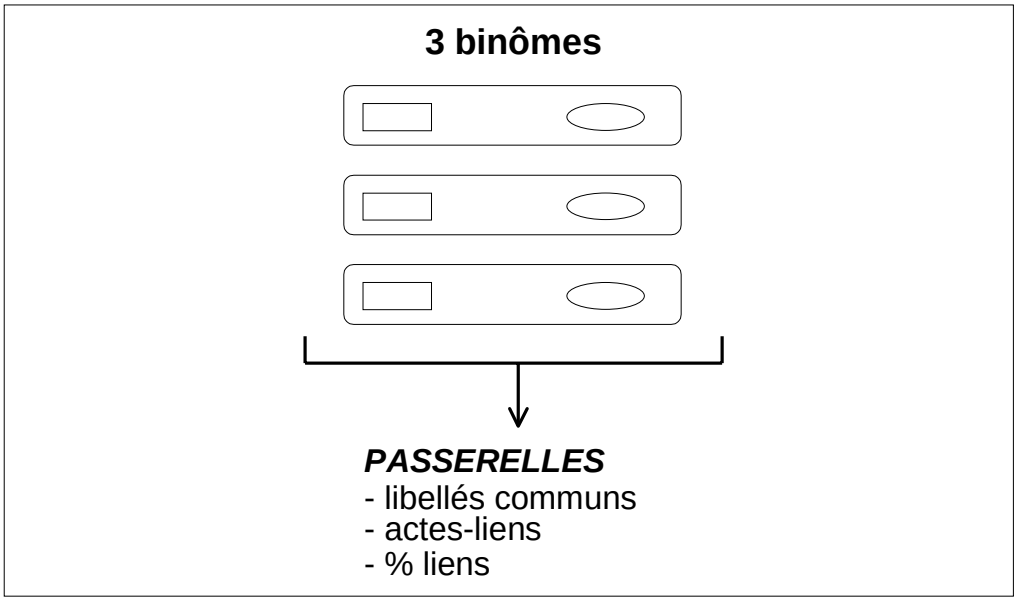
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie **107**

Nous avons, pour chaque spécialité, une échelle sur laquelle sont hiérarchisés tous les actes de la spécialité.

Mais ces **échelles** ne sont **pas directement comparables** puisque bâties à partir d'actes de référence différents (donc d'unités de mesure différentes). La « colectomie droite » (acte de référence pour la chir digestive) et « l'épreuve d 'effort sur tapis roulant avec électrocardiographie » (acte de référence pour la cardiologie) bien qu 'à 100 tous les 2 ne représentent pas le même travail médical...

L'**objectif de l'inter-spécialités** est de trouver des liens/passerelles entre les différentes échelles pour les rendre comparables et **aboutir à une échelle unique de travail médical.**

Le travail médical
Hiérarchisation inter-spécialités



Les passerelles qui ont servi à construire l'échelle commune ont été déterminées par des **binômes d'experts**, ayant participé aux travaux de hiérarchisation intra-spécialité.

Pour chaque couple de disciplines prises 2 à 2, 3 binômes constitués d'un expert de la spécialité 1 et d'un expert de la spécialité 2 ont recherché des passerelles entre leurs 2 disciplines. Les binômes ont travaillé de manière indépendante, puis leurs résultats ont été confrontés en réunion afin de retenir des passerelles consensuelles entre les 3 binômes.

3 types de passerelles (avec obligation de rechercher des passerelles également hors libellés communs) :

- les **libellés communs** : retenus comme passerelles s'ils faisaient bien appel au même travail médical dans les 2 disciplines
- les **actes-liens** : un acte L1 de la spécialité 1 nécessitant la même quantité de travail médical qu'un acte L2 de la spécialité 2 constituent une passerelle (on s'attend à les trouver au même niveau sur l'échelle commune de travail)
- les **%-liens** : permettaient de comparer plus aisément certaines spécialités (anesthésie et chirurgie, chirurgie lourde et médecine...). Chaque binôme devait exprimer le travail de l'acte L1 de la spécialité 1 en % du travail de l'acte L2 de la spécialité 2 .

Exemples de passerelles

➤ **Libellé commun - Neurochir - Orthopédie**

« Exérèse d 'une hernie discale et/ou d'ostéophytes de la colonne vertébrale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale »

⇨ Une seule valeur sur l'échelle unique

➤ **Acte-lien - Cardiologie - Médecine Nucléaire**

« Echographie transthoracique du cœur et des gros vaisseaux » et
« Scintigraphie des cavités cardiaques au repos selon plusieurs incidences »

⇨ Sur l'échelle unique, valeur proche pour ces 2 actes

➤ **%-lien - Anesthésie - Chir digestive**

« Cholécystectomie par coelioscopie » : W aréa = 75 % W chir

⇨ Sur l'échelle unique : travail de l'anesthésie proche de 75 % du travail du chirurgien

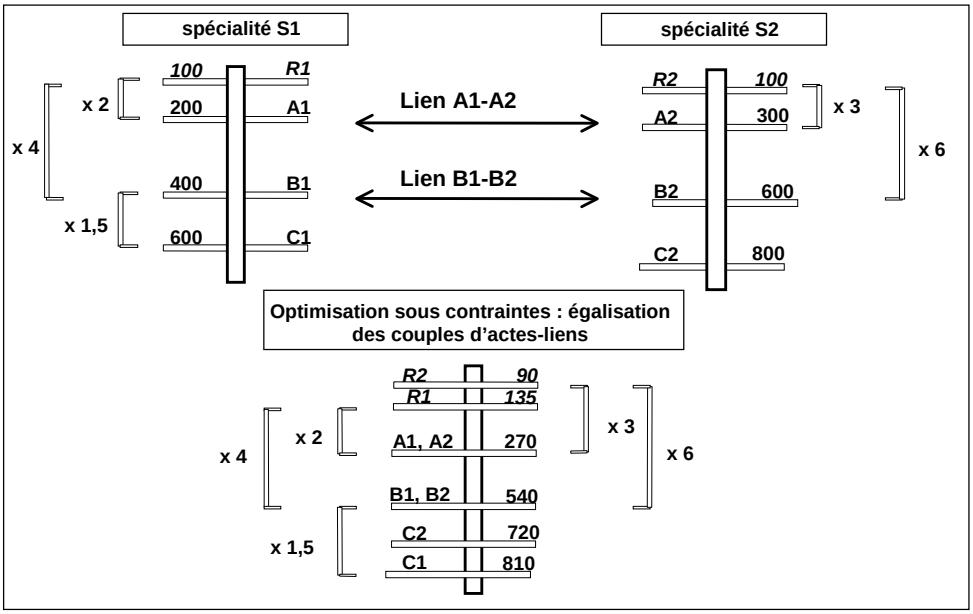
Quelques exemples de passerelles consensuelles retenues par les experts.

Pour le libellé commun, les deux actes constitutifs de la passerelle font appel au même travail médical. Ils seront au même niveau sur l'échelle commune, puisque nécessitant la même quantité de travail.

Pour les 2 actes composant l'acte-lien, leurs scores sont les plus proches possibles sur l'échelle unique.

Dans le 3ème cas, cela signifie que le travail de l'anesthésiste pour la « cholécystectomie sous coelioscopie » sera proche, sur l'échelle commune, de 75 % du travail du chirurgien.

Hiérarchisation inter-spécialités



DHOS, PERNNS, Assurance Maladie 110

Il s'agit maintenant de construire, avec les 1274 passerelles provenant des 73 croisements interspécialités, l'échelle commune.

Le but est d'obtenir des scores aussi proches que possible pour les actes-liens sur l'échelle finale, tout en respectant la contrainte très forte : pas de modification des échelles initiales (hiérarchies intra-spécialités respectées).

La méthode utilisée est une **optimisation sous contrainte**.

Les 1274 passerelles sont mises ensemble afin de ne pas privilégier un croisement plutôt qu'un autre. In fine, **l'échelle commune a été construite grâce à 728 passerelles** stables et égalisables.

Reproductibilité

	nb actes	Travail		Durée	
		Faisa.	Refonte	Faisa.	Refonte
Urologie	52	113	119	73'	73'
Vasculaire	42	201	205	113'	125'

DHOS, PERNNS, Assurance Maladie

111

Si l'on compare les résultats moyens obtenus lors de l'étude de faisabilité et ceux obtenus lors de l'étude menée pour la refonte tarifaire, ils sont très proches. Cela confirme la **reproductibilité des résultats** et leur **stabilité**, puisque ces résultats proviennent du scorage de panels constitués d'experts totalement différents et n'avaient pas été publiés après la faisabilité.

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Méthode d'évaluation du coût de la pratique

Le coût de la pratique - définition

- **charges professionnelles qui incombent en propre au praticien : personnel, loyer, matériel médical, frais financiers...**
- il est estimé directement en francs/euros par acte pour être intégré à l'honoraire
- il ne comprend pas les dépenses à la charge des établissements

Le coût de la pratique ne couvre que la partie des charges payées par le praticien lui-même (directement : personnel, loyer, etc. ou indirectement : redevances par exemple).

Il est calculé directement en unités monétaires et affecté à l'honoraire de chaque acte.

Attention : ne pas confondre avec l'ICR (Indice de Coût Relatif) qui est un indice relatif de ressources, utilisé dans le cadre du PMSI.

Le coût de la pratique - les contraintes

➤ **équité de traitement pour toutes les disciplines**

(méthode d'évaluation transversale et tenant compte des spécificités de chaque spécialité)

➤ **neutralité respectée : pas d'incitations financières**

➤ **un tarif unique par acte**

Son mode d'affectation à chaque acte vise à préserver la neutralité de la nomenclature.

Le montant total de l'enveloppe affectée aux honoraires de la CCAM étant fixé (déduit de l'ONDAM), l'estimation du coût de la pratique influe mécaniquement sur celle du facteur de conversion monétaire ; il faut donc éviter toute surestimation du coût de la pratique d'une discipline pour ne pas introduire de distorsion structurelle des honoraires entre disciplines.

Le tarif d'un acte sera *a priori* le même quels que soient la région, la spécialité et le type de structure d'exercice. Pour les actes communs à plusieurs spécialités, le coût de la pratique sera évalué pour chacune, puis comparé : s'il est significativement différent d'une spécialité à l'autre, il sera nécessaire de recourir à un arbitrage pour retenir un tarif unique.

Les options

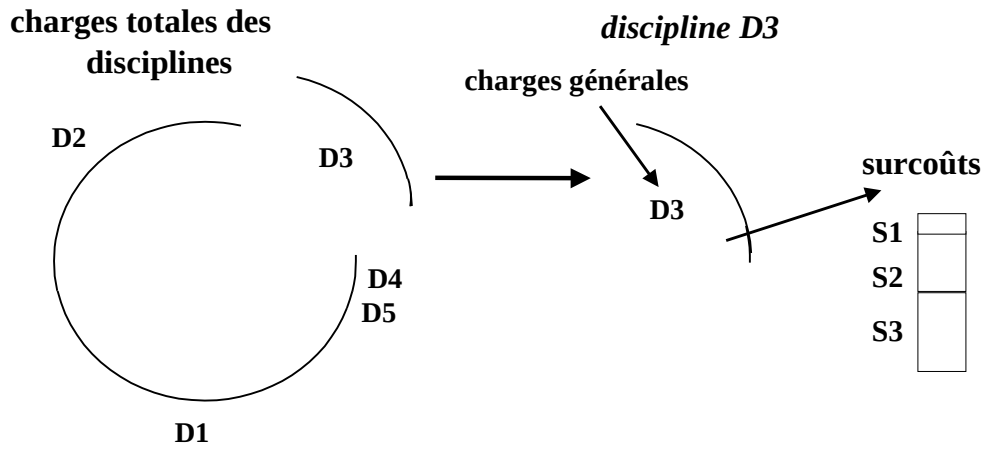
- coûts **observés** et non coûts "normés"
- **charges générales** : répartition de l'ensemble des coûts (directs et indirects) liés à la pratique habituelle **au prorata du travail médical**
- **surcoûts** : affectation des coûts directs **uniquement pour des activités spécifiques** non réalisées par tous les praticiens

Deux options étaient possibles pour évaluer les charges : la première option, " normative " : construire des comptes d'exploitation de plateaux techniques-types. Cette méthode aurait impliqué la participation de nombreux acteurs (médecins, établissements, instances d'accréditation). La deuxième option, consistant à utiliser les charges observées, sans jugement normatif *a priori* et plus simple à mettre en œuvre a été finalement retenue.

Les charges générales seront réparties au prorata d'une clé de répartition transversale : le travail médical.

En revanche, certains actes particuliers, qui ne sont pas réalisés par tous les praticiens, peuvent nécessiter de la part de ceux qui les pratiquent un investissement spécifique non négligeable (équipement, personnel...). Il est préférable d'affecter directement ces charges supplémentaires (surcoût particulier) à l'acte correspondant, dès lors que ce surcoût est significatif afin de ne pas décourager la pratique de ces actes.

Définition des charges



Pour prendre en compte le fait que le taux et la structure des charges professionnelles sont différents selon les spécialités, l'évaluation des charges est réalisée par discipline ou groupe de disciplines.

On distingue par discipline, les charges habituelles de la discipline relatives aux actes pratiqués par tous les praticiens et les « surcoûts » correspondants aux actes particuliers qui ne sont pas pratiqués par tous.

Evaluation des charges par discipline

- **charges totales** — données DGI actualisées, éventuellement complétées
- **surcoûts** — recueil auprès de fabricants et de praticiens
- **charges générales** — charges totales **moins** les surcoûts

La méthode d'évaluation doit faire appel à une démarche comparable, entre les disciplines, pour le recueil des informations et l'analyse de la structure des charges de chaque discipline. En effet, une évaluation fondée sur des données dont la cohérence globale n'est pas garantie pourrait conduire à une sur- ou sous-estimation du coût de la pratique pour telle ou telle discipline. C'est pourquoi nous avons choisi de nous fonder sur les données de la Direction Générale des Impôts (DGI) pour estimer les charges totales par discipline. Elles sont actualisées et complétées le cas échéant .

Le surcoût d'un acte correspond aux charges directes supplémentaires liées à la technique concernée. Les charges directes sont estimées à partir de données recueillies auprès de fabricants et de praticiens. Le coût direct par acte de la technique concernée est estimé sur la base d'une activité moyenne.

Par discipline ou groupe de disciplines, le montant des charges générales des actes techniques est évalué en défalquant du montant des charges totales DGI de la discipline le montant des charges correspondant aux surcoûts.

Affectation du coût de la pratique par acte

par discipline,

on calcule les charges générales par point travail (en F) :

Cg = charges générales / somme des points-travail

- actes sans surcoût

  CP = **w × Cg**

- actes avec surcoût

  CP = **(w × Cg) + S**

actes communs : si CP différents ⇒ arbitrage

Pour répartir les charges générales d'une discipline au prorata des points-travail de chaque acte, on calcule, par discipline, un montant de charges générales par point-travail (Cg) en divisant le montant total des charges générales de la discipline par le nombre total de points-travail effectués par cette discipline.

Pour les actes sans surcoût

Les charges de ces actes sont rémunérées au prorata du travail médical (*W représente le travail médical de l'acte : il est fonction de l'acte mais non de la spécialité : un même acte pratiqué par deux spécialités aura un seul score de travail).*

Pour les actes à surcoût

Le surcoût propre à chacun des actes concernés leur est affecté directement. *S représente le surcoût propre à l'acte i dans la discipline.*

Libellés communs

Pour un acte pratiqué par plusieurs spécialités le coût de la pratique peut être différent d'une spécialité à l'autre. Un arbitrage sera alors nécessaire pour établir le montant du coût de la pratique à intégrer au tarif de l'acte.

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Evaluation de l'honoraire

Prix du travail médical

❶ hiérarchisation : score en « points-travail »

❷ conversion monétaire

⇩

prix du travail = score X facteur de conversion

Le prix du travail médical est égal au score du travail multiplié par le facteur de conversion monétaire = (W x FC)

Le facteur de conversion monétaire (valeur en F d'un point travail)

Pour l'estimer pour l'ensemble des disciplines, il faut disposer

- du montant total de l'enveloppe relative aux actes de la CCAM
- du montant total du coût de la pratique
- de la somme des points travail (somme de [score x fréquence])

$$FC = \frac{\text{Enveloppe globale - Coût de la pratique}}{\text{Somme des points travail}}$$

A l'issue de la hiérarchisation du travail médical, on dispose pour chaque acte d'un score en points travail, qu'il faut ensuite transformer en prix. Ce prix est égal au score de l'acte multiplié par la valeur en francs/euros du point travail, **identique pour toutes les spécialités** : le facteur de conversion monétaire (FC).

Pour calculer ce facteur, il faut diviser le montant total en francs/euros alloué au travail par la quantité totale de travail :

- le montant total alloué au travail est égal au montant total attribué aux actes techniques de l'ensemble des spécialités (négocié), duquel on retire le montant total des charges professionnelles correspondantes ;
- la quantité totale de travail est calculée en additionnant pour l'ensemble des actes, le score de chaque acte multiplié par sa fréquence (Ex : 150 points x 10 000 actes pour l'acte A + 80 points x 75 000 actes pour l'acte B +…).
- Remarque : la fréquence des actes est estimée à partir PMSI privé pour les actes en établissement, par une enquête ad hoc réalisée par le service médical de la CNAM pour les actes en ambulatoire (données 1999).

L'honoraire

pour l'estimer pour chaque acte, on dispose :

- du score de travail (W)
- du facteur de conversion monétaire **unique** (FC)
- des charges générales par point travail (Cg)
- des surcoûts éventuels en F par acte (S)

honoraire = W x FC + W x Cg + (S)

prix du travail **coût de la pratique**

En conclusion, la valeur de l'acte est égale à la somme du prix du travail médical et du coût de la pratique.

W dépend de chaque acte

cg varie suivant la spécialité

S est un montant directement lié à l 'acte

FC est la valeur **unique** du point -travail en francs/euros

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Méthodologie d'élaboration des ICR
(**I**ndices de **C**oût **R**elatif)

ICR : Définition

- L'**indice de coût relatif** (ICR) est le *standard en termes de mobilisation de ressources (personnels, matériels…) [d'un acte réalisé] « dans les règles de l'art »* - CdAM A 96-10bis-
- Il situe sur une échelle relative le coût direct total de réalisation d'un acte dans des conditions idéales
- Ne pas confondre avec le **prix** (tarif), ou le **coût de la pratique** intégré à l'honoraire (charges propres au praticien)

L'indice de coût relatif (ICR) attribué à chaque acte du Catalogue des actes médicaux (CdAM) est défini dans l'introduction au champ alpha BO N° 96/10 bis comme le "*standard en termes de mobilisation de ressources (personnels, matériels...) [d'un acte réalisé] " dans les règles de l'art " "*.

Valeur exprimée par un nombre entier de trois caractères sans unité (sans référence à une unité monétaire), il situe les actes du CdAM sur une échelle relative en fonction du coût total des moyens mis en œuvre pour les réaliser.

À la différence du **tarif** (honoraire) qui fixe un **prix**, il mesure un **coût**.

À la différence du **coût de la pratique** qui évalue l'ensemble des charges incombant à un praticien libéral pour réaliser un acte (Cf. exposé sur la tarification), il repose sur le recueil des **coûts directs** de l'ensemble des moyens utilisés pour cette réalisation.

ICR et CdAM : Constitution

- Il se décompose en :
  - indice d'activité médicale (IAM) : coût du personnel médical
  - indice d'activité soignante (IAS) : coût du personnel soignant
  - indice de consommation de ressources matérielles (ICRM) : coût de la salle et du matériel
- Somme de ces coûts sans référence monétaire

ICR = (IAM + IAS + ICRM) x k

Par **coût total d'un acte**, on entend coût en personnel et coût de la salle et du matériel spécifique nécessaires à sa réalisation.

L'ICR est composé de trois éléments :

- l'indice d'activité médicale (IAM) traduit le coût du personnel médical présent au cours de l'acte (salaires),
- l'indice d'activité soignante (IAS) est l'équivalent pour le personnel non médical,
- l'indice de consommation de ressources matérielles (ICRM) mesure le coût des moyens techniques utilisés (amortissement et fonctionnement).

Chacun de ces coûts a été recueilli en unité monétaire (francs) par enquête auprès d'établissements publics.

L'ICR final de l'acte expertisé est la somme de ces trois coûts intermédiaires, chacun étant multiplié par un " facteur de conversion " qui transforme cette valeur en un paramètre sans unité.

ICR et Catalogue des Actes Médicaux (CdAM)

➤À chaque libellé du CdAM est attribué un ICR

L085 Fibro-œsophagoscopie sans biopsie ……. 13 Y
H111 Exérèse de chalazion ……...…….……. 13 Y
W594 Réduction unique ou répétée de fr. complexe et (…)
plâtre cruro-pédieux : diaphyse tibia/péroné …… 26
L023 Cure unilatérale de hernie inguinale, avec prothèse,
par voie inguinale ……...… 53 Y

B565 Scintigraphie hépatique ……..……. 13

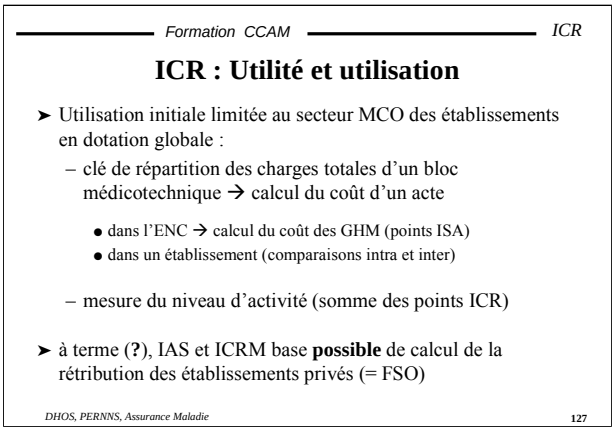
➤**Sauf** actes d'anesthésie (B) et de réanimation (Ω)

Chaque libellé des différents champs du CdAM, repéré par son code, possède un ICR. Dans la présentation actuelle du CdAM, cette valeur est suivie ou non de la lettre **Y**, selon que l'acte concerné est utilisé ou non dans la classification en GHM (" acte classant " ou non).

Cet ICR permet de comparer le coût total direct des moyens utilisés pour la réalisation des actes effectués, dans des conditions idéales. On peut ainsi dire que ce coût est sensiblement identique pour réaliser une fibro-œsophagoscopie sans biopsie ou une exérèse de chalazion ; lequel est deux fois moindre que celui d'une réduction orthopédique de fracture de la diaphyse des deux os de la jambe, et environ quatre fois moindre que celui d'une cure unilatérale de hernie inguinale avec pose de prothèse.

Si la comparaison des ICR au sein d'un même champ du CdAM est à peu près licite, elle pose plus de problèmes pour des actes n'appartenant pas au même champ. Il n'est ainsi pas rigoureusement possible de dire que le coût de la scintigraphie hépatique est identique à celui des deux actes initialement cités.

Deux champs ne possèdent pas d'ICR : le coût des actes de réanimation (champ oméga) est mesuré par le score oméga ; les ICR des actes d'anesthésie (champ bêta) sont à calculer par une formule pour chaque intervention.


Formation CCAM
ICR
ICR : Utilité et utilisation
➤ Utilisation initiale limitée au secteur MCO des établissements en dotation globale :
– clé de répartition des charges totales d'un bloc médicotechnique → calcul du coût d'un acte
● dans l'ENC → calcul du coût des GHM (points ISA)
● dans un établissement (comparaisons intra et inter)
– mesure du niveau d'activité (somme des points ICR)
➤ à terme (?), IAS et ICRM base possible de calcul de la rétribution des établissements privés (= FSO)
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
127

À quoi sert l'ICR ? Initialement (encore actuellement), il n'avait d'utilité que dans **le secteur de séjour de courte durée des établissements dont le budget est fixé par dotation globale** (publics et PSPH).

C'est avant tout une clé de répartition des **charges complètes** d'un bloc médico-technique permettant de calculer le coût de réalisation d'un acte dans un établissement. Il permet ainsi de répartir les charges indirectes au prorata de leur consommation de ressources directes. Si, par exemple , un bloc médicotechnique d'endoscopie d'un établissement X consomme 1 500 000 € toutes charges confondues (amortissement murs et matériel, fonctionnement, salaires de l'ensemble des personnels y travaillant), et qu'il produit 1 000 000 points ICR, la valeur du point ICR est de 1,5 =C€. Dans cet établissement, un acte ayant un ICR à 60 revient à 90 =C€ . Ceci permet des comparaisons intraétablissement et –avec réserves– interétablissements. Dans l'étude nationale de coût, cela contribue à déterminer le coût des GHM.

Il peut servir à mesurer un niveau d'activité dans les blocs médicotechniques. Avec la disparition des lettres-clés accompagnant le nouveau mode de tarification, ce sera le seul paramètre permettant de mesurer ce niveau (cf SAE).

Dans l'avenir, il pourrait être une base de calcul de la rétribution des établissements privés. Il est en effet possible de trouver une correspondance entre FSO (forfait de salle d'opération) et IAS et ICRM - l'IAM n'intervient pas dans cette détermination, puisqu'il est couvert par l'honoraire-. Cette possibilité n'est qu'un des scénarios possibles pour assurer ce remplacement.

ICR et CCAM : Nouvelle modalité de calcul

- ➤ nécessité d'une actualisation des ICR du CdAM
- ➤ travail direct sur la CCAM préférable (transcodage CdAM - CCAM irréalisable)
- ➤ mais impossibilité de le faire pour chacun des 7090 actes

- ➤ d'où l'idée de créer des **« familles » d'utilisation de ressources identiques** pour un même paramètre

salle d'opération de même équipement *pour tous les actes sur le côlon par laparotomie (17 actes), voire pour les actes sur l'intestin par laparotomie (65 actes)*

même personnel *pour les RX diagnostiques sur le squelette du M sup (17 actes), voire les 36 actes sur le squelette des membres, ou même les 63 actes sur le squelette*

L'absence d'actualisation des ICR depuis 1995-1996 imposait de les réévaluer. En raison de l'insuffisance des renseignements utiles à ce recalcul, force aurait été de reprendre entièrement ce travail. . La proximité de parution de la CCAM et l'impossibilité de " faire passer " les ICR du CdAM à la CCAM (impossibilité de trouver des correspondances correctes entre ces 2 nomenclatures) obligeait à envisager ce travail directement au niveau des libellés de la CCAM.

L'ampleur de ce travail si les informations sont recueillies pour chacun des 7090 libellés nécessite de trouver une méthodologie alternative simplifiant ce recueil. Le travail consiste à demander à un groupe d'experts (deux exerçant en secteur libéral, deux en public) désignés par leur société savante de réunir les actes écrits par celle-ci par similitude d'utilisation des ressources. Il est ainsi constitué une série de **" familles "** d'actes, qualifiées chacune par une **règle**. Une règle définit un des éléments constitutifs de l'ICR et un seul (salle ; matériel particulier ; personnel de fonction 1...) ; une règle peut contenir une ou plusieurs informations (par exemple : type de salle et durée d'utilisation).

<u>Par exemple</u> (fictif) : RÈGLE X toutes les interventions sur le côlon effectuées par laparotomie se déroulent dans une salle de même type, dont l'équipement est défini ainsi...

Au travers de cette méthodologie, l'objectif du PERNNS est d'obtenir des informations claires et vérifiables sur la nature des moyens utilisés, facilitant les vérifications et le recueil des données et permettant une maintenance aisée.

Les hypothèses de départ

- **les paramètres à évaluer sont préjugés fixes pour un acte donné** : les conditions idéales de réalisation (règles de l'art) sont identiques quel que soit le secteur ou la spécialité

- **les paramètres à évaluer sont préjugés estimables à partir des critères techniques de l'acte** (type d'action, site opératoire, mode d'accès, méthode et technique particulières)

Cette méthodologie repose sur deux corollaires acceptés par tous les interlocuteurs.

① Les conditions idéales de réalisation d'un acte, correspondant aux " règles de l'art ", ne dépendent pas des secteurs d'exercice ou de la spécialité de l'intervenant. En d'autres termes, un auteur qui décrirait une technique –par exemple, un curage lymphonodal pelvien– ne ferait pas un article différent pour un chirurgien digestif, un gynécologue, ou un urologue, qu'ils exercent en libéral ou non. Ainsi, pour la chirurgie, la référence *princeps* est l'encyclopédie médicochirurgicale (EMC).

② Les éléments descriptifs de l'acte figurant dans le libellé sont suffisants pour qu'un spécialiste du domaine détermine facilement les conditions de réalisation de l'acte.

ICR et CCAM : Calcul de sa valeur (1)

➤ L'ICR est calculé pour chaque souscode « *Activité* »

HHFA001 Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque

HHFA001||1 Geste chirurgical
HHFA001||4 Geste d'anesthésie générale ou locorégionale

JQLF001 Transfusion chez le fœtus, par ponction transcutanée du cordon

JQLF001||1 Guidage échographique
JQLF001||2 Transfusion chez le fœtus
JQLF001||3 Assistance hémobiologique

⇨ toujours un seul exécutant principal

Remarque préalable

Les informations ne sont pas demandées au niveau du libellé global (code à 7 caractères), mais doivent être fournies pour chaque souscode " *Activité* " : chacun d'eux correspond au geste **d'un seul** intervenant (Cf. présentation codification).

La plupart des actes diagnostiques est réalisée par un seul praticien ; le code de l'acte ne comporte qu'un seul code " *Activité* ".

La plupart des actes thérapeutiques chirurgicaux nécessite la collaboration de deux praticiens, effectuant l'un le geste chirurgical, l'autre le geste anesthésique.

Quelques actes dans la CCAM obligent à la présence simultanée de plus de deux praticiens.

ICR et CCAM : Calcul de sa valeur (2)

➤ **IAM** = coût de l'intervenant médical

pas de renseignement demandé

IAM = 1 intervenant x coût horaire x durée acte

➤ **IAS** = somme des coûts des personnels par fonction *déterminer le personnel nécessaire par fonction (non par qualification), avec leur nombre et leur temps de présence*

$$IAS = \Sigma_0^{n\ fonctions} (nbre\ personnes \times coût\ horaire \times t\ présence)$$

Quelles informations à recueillir pour le calcul de l'ICR ?

L'**IAM** ne mesure désormais plus que le coût de l'intervenant médical (exécutant de l' " activité " concernée). Aucune information n'est à fournir : on connaît le nombre (toujours un), le coût horaire (salaire moyen du praticien hospitalier) ; la durée de l'acte est récupérée des travaux de scorage menés par la CNAMTS (" durée peropératoire ").

Dans le privé, ce coût est couvert par l'honoraire.

L'**IAS** devient le coût des autres personnels participant directement à la réalisation de l'acte. Doivent être précisés :

- la fonction (rôle) de ces personnels et non leur qualification (médecin, étudiant, infirmière...) : aides, instrumentistes, personnel de service (servant en salle, installant le patient...), manipulateurs, physicien…,
- le nombre de personnes nécessaires pour assurer une fonction,
- le temps de présence –par rapport à celui de l'intervenant– de chacun de ces groupes. Le coût des personnels par fonction est recueilli par enquête.

<u>Exemple</u> (fictif) : toute intervention sur le tube digestif par cœlioscopie nécessite la présence de deux aides, présents pendant le temps de l'intervention (" durée peropératoire ").

ICR et CCAM : Calcul de sa valeur (3)

➤ **ICRM** = coût de la salle et des équipements

préciser le type de salle utilisée (avec équipement de base), les équipements « mobiles » spécifiques

ICRM = coût horaire (salle + équipement) x durée occupation

NE MESURER QUE LES RESSOURCES UTILISÉES PAR LA RÉALISATION DE L'ACTE ELLE-MÊME

LES ÉVALUER DANS LES CONDITIONS DE SA DESCRIPTION (RÈGLES DE L'ART, ACTE GLOBAL)

L'**ICRM** reste le coût de la structure : salle et matériels particuliers utiles à la réalisation d'un groupe d'actes. Sont à préciser :

- le type de salle et sa configuration (aseptique ou non, protection particulière, équipement de base...),
- les matériels particuliers (instrumentation spéciale, microscope, laser, colonne d'appareillage d'endoscopie...),
- leur durée d'utilisation.

Les coûts incluent l'amortissement et le fonctionnement.

⇒ Les ressources dont le coût est nécessaire au calcul de l'ICR ne sont bien que celles directement utilisées pour la réalisation de l'acte. Ne sont pas pris en compte les coûts indirects (par exemple, secrétariat, encadrement), ni ceux des phases préopératoires et postopératoires.

⇒ Les ressources sont à définir pour réaliser un acte dans des conditions optimales (" règles de l'art "), en restant réaliste : entre condition au-dessous de laquelle la qualité du geste est compromise, et condition au-dessus de laquelle il s'agit d'un " luxe " superflu.

ICR et CCAM : Rôle des experts

- ➤ pour un paramètre à mesurer, catégoriser les libellés au sein de la liste de leur spécialité (faire des « familles » d'actes)
- ➤ écrire la « règle » correspondant à chacune des familles de libellés
- ➤ fixer les éventuelles exceptions à chaque règle

AU SEIN D'UNE RÈGLE, LES ACTES SE DISTINGUENT PAR LE TEMPS D'UTILISATION DE LA RESSOURCE

CHAQUE ACTE EST DÉFINI PAR UN ENSEMBLE DE RÈGLES, DÉTERMINANT SON « PROFIL »

Quel rôle pour les experts des sociétés savantes ?

Pour chaque paramètre à mesurer (personnel, salle, matériel), constituer au sein de la liste de libellés qui leur est fournie (= liste des actes initialement écrits par leur société savante) des souslistes ou " **familles d'actes** ", homogènes quant à la consommation de la ressource étudiée (par exemple, tous les actes pour lesquels il ne faut pas d'aide, tous ceux pour lesquels il en faut un...).

Écrire la règle correspondant à chaque famille donnant les critères techniques contenus dans la description du libellé qui constituent l'homogénéité de la famille (par exemple, toutes les endoscopies du tube digestif par voie anale se déroulent dans une salle...).

Repérer les actes particuliers qui, dans une famille, constituent des exceptions, en consommant des ressources différentes en nature, en temps ou en nombre. S'ils sont très peu nombreux, leur description sera individuelle ; s'ils sont plus nombreux et homogènes, ils constituent une famille différente.

⇒ L'ensemble des règles décrivant l'ICR d'un acte constitue son **profil**.

⇒ Les actes appartenant à une même famille, ou ayant le même profil, ne se distinguent que par le temps de consommation des ressources.

ICR et CCAM : Particularités

- ➤ actes à plusieurs équipes (plusieurs codes « Activité »)
- ➤ actes en plusieurs phases (calcul pour chaque code « Activité » de chaque phase
- ➤ rôle des modificateurs
- ➤ datage et règles d'additivité

Quelques particularités sont à noter.

Pour les actes à plusieurs équipes, l'ICR est déterminé pour chaque code *" Activité "*. La sommation des ICR (en particulier, l'ICR de chirurgie et celui d'anesthésie) pour déterminer un ICR de l'acte global ne sera pas effectuée dans la CCAM, et exposerait l'utilisateur à des déboires pour le calcul du coût de réalisation de cet acte dans un établissement donné.

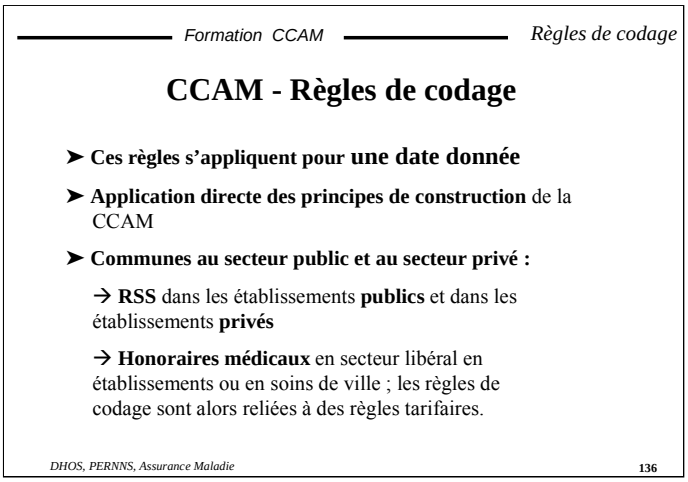
Pour les actes en plusieurs phases, l'ICR est également calculé pour chaque code " Activité " de chacune des phases.

Il n'est pas encore déterminé si les modificateurs seront utilisés pour le calcul de l'ICR d'un acte. Il est logique de penser que ceux qui influencent le temps ou l'utilisation des ressources (par exemple, opérer un obèse peut allonger le temps d'intervention, justifier la présence d'un aide supplémentaire, de plus de personnes pour installer le patient...) puissent être utilisés.

Des règles d'additivité (au même titre que celles utilisées en tarification) seraient à élaborer ; le calcul du montant total des ICR se fait actuellement par addition simple, que les actes aient été réalisés simultanément ou non. Elles imposeraient de dater les actes pour savoir si leur exécution s'est déroulée au cours de la même séquence interventionnelle ou non.

CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX

Règles de codage

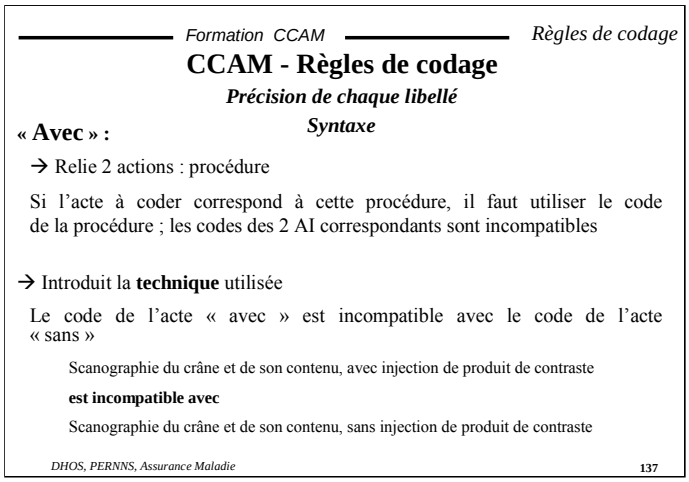

Formation CCAM
Règles de codage
CCAM - Règles de codage
➤ Ces règles s'appliquent pour une date donnée
➤ Application directe des principes de construction de la CCAM
➤ Communes au secteur public et au secteur privé :
→ RSS dans les établissements publics et dans les établissements privés
→ Honoraires médicaux en secteur libéral en établissements ou en soins de ville ; les règles de codage sont alors reliées à des règles tarifaires.
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
136

Règles de codage

Elles sont valables pour une date donnée

Les règles de codage **découlent très directement des principes d'élaboration de la CCAM** et plus particulièrement des principes 1 et 5 : la CCAM a été conçue de façon à ce que le praticien n'ait à utiliser qu'un seul code d'AI ou de P pour décrire le soin qu'il vient de réaliser. Cela est vrai pour la plupart des actes thérapeutiques, à la dérogation de l'AC et du " coder éventuellement " près .

Ces règles de codage sont **communes au secteur public et au secteur privé** ; elles sont applicables pour **renseigner les RSS** aussi bien dans les établissements publics que dans les établissements privés ; elles sont également applicables pour **" déclencher " l'honoraire médical** en secteur libéral hospitalier ou de soins de ville : dans ce cas elles sont reliées à des règles de gestion ou règles tarifaires qui ont été exposées précédemment.


Formation CCAM
Règles de codage
CCAM - Règles de codage
Précision de chaque libellé
Syntaxe
« Avec » :
→ Relie 2 actions : procédure
Si l'acte à coder correspond à cette procédure, il faut utiliser le code de la procédure ; les codes des 2 AI correspondants sont incompatibles
→ Introduit la technique utilisée
Le code de l'acte « avec » est incompatible avec le code de l'acte « sans »
Scanographie du crâne et de son contenu, avec injection de produit de contraste
est incompatible avec
Scanographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
137

Règles de codage : structuration des libellés

Emploi du " avec " :

→ introduit une deuxième action : il s'agit alors d'une **procédure**

si l'acte à coder correspond à cette procédure, il faut utiliser le code de la procédure ; les codes des 2 AI correspondants sont incompatibles

→ introduit la **technique** utilisée

Le code de l'acte " avec " est **incompatible avec** le code de l'acte " sans "

Ex. : Scanographie du crâne et de son contenu, avec injection de produit de contraste **est incompatible avec**

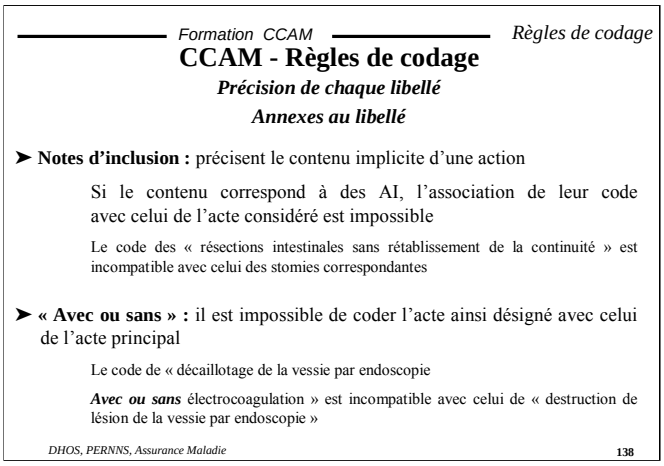
Scanographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste

Emploi du "ou " :

L'acte réalisé doit correspondre à l'une ou bien à l'autre des 2 propositions reliées par " ou " dans le libellé pour pouvoir utiliser le code de ce libellé. Il ne doit pas correspondre à l'association des 2 propositions.

Emploi du "et/ou " :

L'expression " et/ou " relie 2 propositions qui peuvent avoir été réalisées simultanément dans l'acte à coder (c'est le sens du " et ") ; ou bien dont l'une des 2 seulement a été réalisée (c'est le sens du " ou ").


Formation CCAM
Règles de codage
CCAM - Règles de codage
Précision de chaque libellé
Annexes au libellé
➤ Notes d'inclusion : précisent le contenu implicite d'une action
Si le contenu correspond à des AI, l'association de leur code avec celui de l'acte considéré est impossible
Le code des « résections intestinales sans rétablissement de la continuité » est incompatible avec celui des stomies correspondantes
➤ « Avec ou sans » : il est impossible de coder l'acte ainsi désigné avec celui de l'acte principal
Le code de « décaillotage de la vessie par endoscopie
Avec ou sans électrocoagulation » est incompatible avec celui de « destruction de lésion de la vessie par endoscopie »
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
138

Règles de codage : structuration des libellés (principe 5)

Annexes au libellé

Notes d'inclusion : précisent le contenu implicite d'une action

Si le contenu correspond à des AI, l'association de leur code avec celui de l'acte considéré est impossible

Ex. : le code des " résections intestinales sans rétablissement de la continuité " est incompatible avec celui des stomies correspondantes

" **Avec ou sans** " : Lorsqu'un libellé comporte en note **" avec ou sans "** suivi d'un libellé d'acte existant par ailleurs dans la CCAM **,** il n'est pas autorisé de coder l'acte ainsi désigné en sus du code de l'acte principal.

Ex. : le code de " décaillotage de la vessie par endoscopie

Avec ou sans électrocoagulation " **est incompatible avec** celui de

" destruction de lésion de la vessie par endoscopie "

Ces interdictions sont contrôlées par des listes d'exclusion : les codes sont rendus incompatibles

Exemples non limitatifs : l'acte réalisé peut être ou ne pas être celui ou ceux proposés en note, mais il doit correspondre cependant à l'action décrite par le libellé principal dont le code sera alors à utiliser

CCAM - Règles de codage

Précision de chaque libellé

Annexes au libellé

Notes d'exclusion : précisent les cas dans lesquels l'utilisation des codes du chapitre ou du sous-chapitre n 'est pas autorisée

Les codes du chapitre 16 ne doivent pas être utilisés pour les actes réalisés sur les paupières, les lèvres, etc...

Notes d'exclusion :

Elles précisent les cas dans lesquels l'utilisation des codes du chapitre ou du sous-chapitre n'est pas autorisée

Ex. : les codes du chapitre 16 ne doivent pas être utilisés pour les actes réalisés sur les paupières, les lèvres, etc..

CCAM - Règles de codage

Précision de chaque libellé

Orthographe et grammaire

Comment coder la réalisation de plusieurs actes identiques le même temps interventionnel ?

→ Le libellé n'existe qu'au singulier :

Ce qui signifie « un ou plusieurs », il faut coder une seule fois le libellé

- 3 biopsies cutanées : **il faut coder** « Biopsie de peau » 1 seule fois
- Destruction de 2 lésions trachéales par cryothérapie par fibroscopie : **il faut coder** « Destruction de lésion trachéale par cryothérapie par fibroscopie » 1 seule fois

→ Le libellé est décliné en « un » et « plusieurs » : coder « plusieurs »

Règles de codage : structuration des libellés :

Emploi du singulier et réalisation de plusieurs actes identiques :

Comment coder la réalisation de plusieurs actes identiques ?

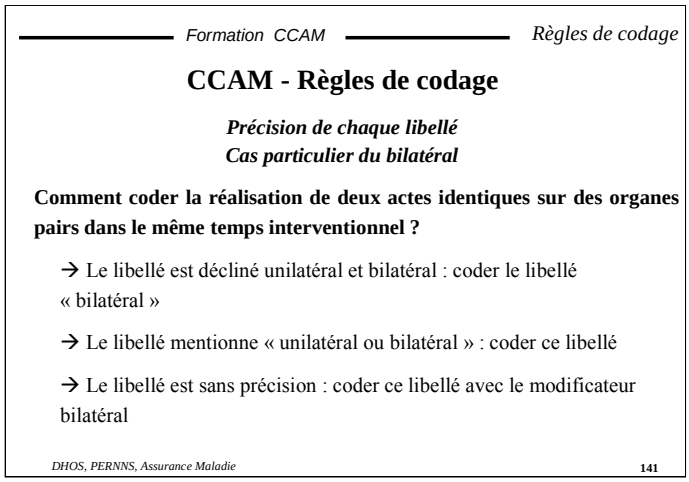
→ Le libellé n'existe qu'au singulier :

Selon la règle du singulier qui signifie " un ou plusieurs ", il faut coder une seule fois le libellé correspondant :

Ex. : 3 biopsies de peau : **il faut coder** " Biopsie de peau " 1 seule fois

Destruction de 2 lésions trachéales par cryothérapie par fibroscopie **: il faut coder** " Destruction de lésion trachéale par cryothérapie par fibroscopie " 1 seule fois

→ Le libellé est décliné " un " et " plusieurs " : coder " plusieurs "


Formation CCAM
Règles de codage
CCAM - Règles de codage
Précision de chaque libellé
Cas particulier du bilatéral
Comment coder la réalisation de deux actes identiques sur des organes pairs dans le même temps interventionnel ?
→ Le libellé est décliné unilatéral et bilatéral : coder le libellé « bilatéral »
→ Le libellé mentionne « unilatéral ou bilatéral » : coder ce libellé
→ Le libellé est sans précision : coder ce libellé avec le modificateur bilatéral
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
141

Cas particulier du bilatéral :

Comment coder la réalisation de deux actes identiques sur des organes pairs ?

→ Le libellé est décliné unilatéral et bilatéral : coder le libellé " bilatéral "

→ Le libellé mentionne " unilatéral ou bilatéral " : coder ce libellé

→ Le libellé est sans précision : coder ce libellé avec le modificateur bilatéral

CCAM - Règles de codage

Précision de chaque libellé
Conventions d'écriture

« Au lit du malade » : utiliser les codes des libellés spécifiques qui portent la mention « au lit du malade »

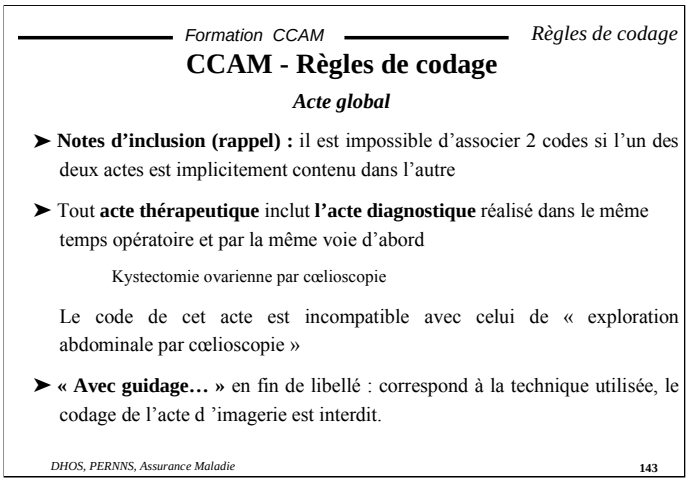
« Chirurgical » : si l'acte est réalisé au cabinet ou au lit du patient, le code de ce libellé ne peut pas être utilisé

Conventions d'écriture :

Emploi des termes " au lit du malade " : lorsqu'un acte d'imagerie ou d'électrophysiologie est réalisé au lit du malade, alors il faut utiliser les codes des libellés spécifiques qui porte la mention " au lit du malade ".

Par l'emploi du terme " chirurgical " placé après le terme signifiant l'action on entend acte réalisé au bloc opératoire ; si l'acte est réalisé au cabinet ou au lit du patient, le code de ce libellé ne peut pas être utilisé.

Ex : « Pansement chirurgical d'une brûlure » décrit l'acte réalisé au bloc opératoire et non le pansement de type infirmier.


Formation CCAM
Règles de codage
CCAM - Règles de codage
Acte global
➤ Notes d'inclusion (rappel) : il est impossible d'associer 2 codes si l'un des deux actes est implicitement contenu dans l'autre
➤ Tout acte thérapeutique inclut l'acte diagnostique réalisé dans le même temps opératoire et par la même voie d'abord
Kystectomie ovarienne par cœlioscopie
Le code de cet acte est incompatible avec celui de « exploration abdominale par cœlioscopie »
➤ « Avec guidage… » en fin de libellé : correspond à la technique utilisée, le codage de l'acte d 'imagerie est interdit.
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
143

Règles de codage et principe 1

Principe de l'acte global :

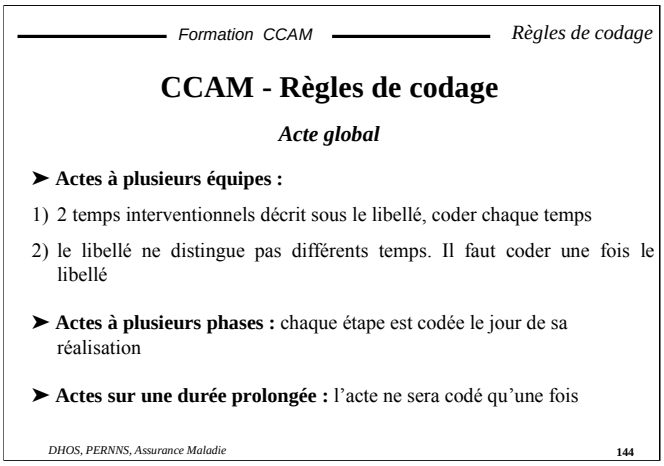
Chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art . Le **contenu implicite** d'un acte ou d'un groupe d'actes est précisé dans des notes explicatives placées soit en tête de chapitre, soit en tête de sous-chapitre lorsqu'il correspond à un ou plusieurs actes existants en tant que tels dans la CCAM. Ces interdictions sont contrôlées par des listes d'exclusion : les codes sont rendus incompatibles.

Lorsqu'il existe un libellé correspondant à une **procédure**, c'est-à-dire à une association usuelle d'actes isolés et si l'on a réalisé ces 2 actes, alors il faut coder la procédure ; en effet les codes des 2 actes isolés sont rendus incompatibles

De manière transversale, tout **acte thérapeutique** inclut l'éventuel **acte diagnostique** réalisé dans le même temps opératoire et par la même voie d'abord ; des listes d'exclusion gèrent ces incompatibilités.

L'emploi des termes " avec guidage… " en fin de libellé correspond à la technique utilisée et il est donc interdit de coder en sus l'acte d'imagerie indiqué dans ce libellé. **Les codes d'acte d'imagerie** correspondent à des actes diagnostiques complets et ne sont en aucun cas utilisables pour décrire le guidage d'un acte diagnostique ou thérapeutique.

Ex : HLHJ001 « Biopsie du foie sur une cible par voie transcutanée avec guidage échographique »


Formation CCAM
Règles de codage
CCAM - Règles de codage
Acte global
➤ Actes à plusieurs équipes :
1) 2 temps interventionnels décrit sous le libellé, coder chaque temps
2) le libellé ne distingue pas différents temps. Il faut coder une fois le libellé
➤ Actes à plusieurs phases : chaque étape est codée le jour de sa réalisation
➤ Actes sur une durée prolongée : l'acte ne sera codé qu'une fois
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
144

Pour les actes pouvant être réalisés **à plusieurs équipes**, si le CRO fait apparaître plusieurs opérateurs, mais si le libellé correspondant ne distingue pas différents temps, il faut coder 1 seule fois le libellé

Pour les actes en **plusieurs phases**, les différentes " étapes " sont indiquées sous le libellé : chaque phase est codée le jour de sa réalisation en utilisant le code de l'acte complété par le caractère correspondant à la phase de traitement.

Les actes se déroulant sur une **durée prolongée**, c'est-à-dire les actes correspondant à un traitement continu se déroulant sur plusieurs jours, voire semaines sans que l'on puisse distinguer de phases différentes, ne seront codés qu'une fois.

CCAM - Règles de codage

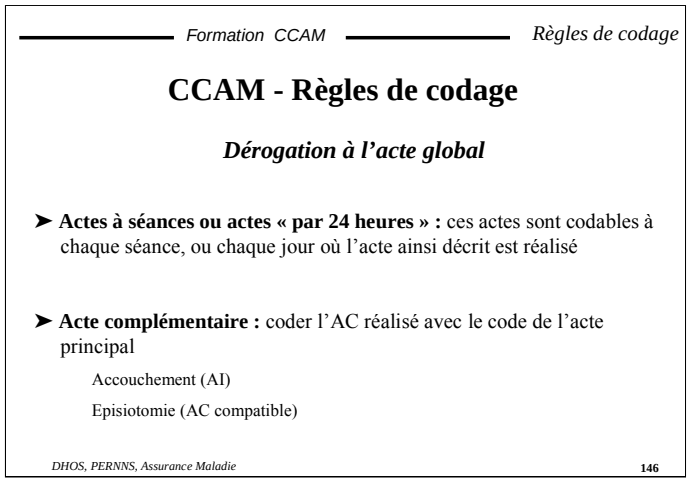
Acte global

Cas particulier de l'anesthésie :

- il faut coder l'acte correspondant avec le code « activité » 4
- s'il s'agit d'un acte avec anesthésie facultative, il faut coder l'AC correspondant (code activité 1)

Cas particulier de l'anesthésie :tout acte interventionnel " invasif " réalisé sous anesthésie est un acte à deux équipes ; pour alléger l'écriture et la lecture ces 2 temps ne sont pas identifiés sous chaque libellé mais simplement par le code activité : toujours 4 pour l'anesthésie.

Lorsque l'anesthésie n'est pas systématique, c'est-à-dire qu'un acte peut se faire avec ou sans anesthésie, alors il faut coder non plus avec le code activité mais il faut coder un AC d'anesthésie, en l'occurrence celui qui est compatible avec le code de l'acte concerné.

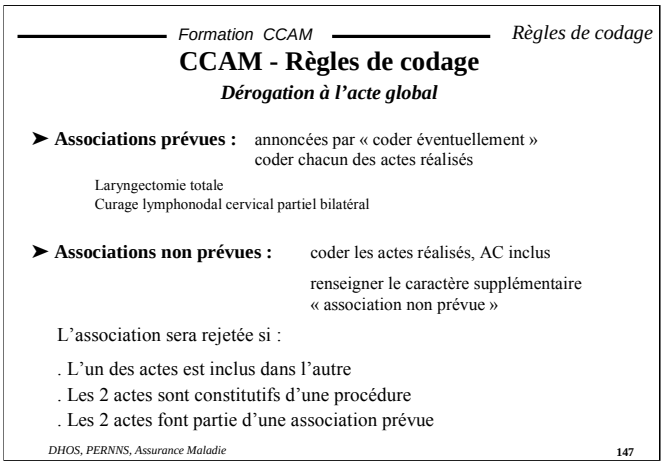

Formation CCAM
Règles de codage
CCAM - Règles de codage
Dérogation à l'acte global
➤ Actes à séances ou actes « par 24 heures » : ces actes sont codables à chaque séance, ou chaque jour où l'acte ainsi décrit est réalisé
➤ Acte complémentaire : coder l'AC réalisé avec le code de l'acte principal
Accouchement (AI)
Episiotomie (AC compatible)
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
146

Dérogation à l'acte global :

Actes à séances ou actes " par 24 heures " : les actes correspondants à des traitements itératifs sont introduits par le terme de " séance " et sont donc codables à chaque fois ; de même les actes décrits par un libellé se terminant par la mention " par 24heures " sont codables chaque jour où l'acte ainsi décrit est réalisé.

Actes complémentaires : un acte complémentaire n'est compatible qu'avec une liste finie d'actes isolés ou de procédures ; de plus il ne peut jamais figurer seul sur un bordereau de recueil. Les AC compatibles sont inscrits en regard de chaque libellé ; si le code de l'AC n'est pas compatible avec le code de l'acte principal, alors il est interdit et donc refusé.

Les actes diagnostiques ou de surveillance en électrophysiologie ou en imagerie réalisés en per-opératoire sont des actes complémentaires au regard de l'acte principal au cours duquel ils sont réalisés. Ils figurent donc dans la liste des actes complémentaires avec la mention " per-opératoire ". Ils sont inscrits en regard de chaque libellé pour lequel ils sont autorisés. Il en est de même pour les actes d'endoscopie digestive réalisés au cours d'une intervention chirurgicale.


Formation CCAM
Règles de codage
CCAM - Règles de codage
Dérogation à l'acte global
➤ Associations prévues : annoncées par « coder éventuellement »
coder chacun des actes réalisés
Laryngectomie totale
Curage lymphonodal cervical partiel bilatéral
➤ Associations non prévues : coder les actes réalisés, AC inclus
renseigner le caractère supplémentaire
« association non prévue »
L'association sera rejetée si :
. L'un des actes est inclus dans l'autre
. Les 2 actes sont constitutifs d'une procédure
. Les 2 actes font partie d'une association prévue
DHOS, PERNNS, Assurance Maladie
147

Associations prévues : : annoncées par " coder éventuellement "

coder chacun des actes réalisés

Ex. : Laryngectomie totale

Curage lymphonodal cervical partiel bilatéral

Il existe ainsi n listes d'actes correspondant aux différentes modalités de chacun des n temps éventuels ; ces listes ont les propriétés suivantes : les codes des actes d'une même liste sont incompatibles entre eux, ils sont compatibles avec tous les codes des actes des (n-1) autres listes.

Associations non prévues : coder les actes réalisés, AC inclus

renseigner le caractère supplémentaire " association non prévue " l'association sera rejetée si

- l'un des actes est inclus dans l'autre
- les 2 actes sont constitutifs d'une procédure
- les 2 actes font partie d'une association prévue

Modificateur et règles de codage

Il est autorisé de coder au maximum 4 modificateurs par acte.

Code modificateur rejeté si :

1) non prévu car sans objet au plan médical :

   urgence et cystectomie totale

2) déjà implicite dans l'acte :

   urgence et « césarienne en urgence »

Modificateur :

Un modificateur n'est compatible qu'avec une liste finie d'actes isolés ou de procédures ; donc à chaque libellé est affecté un nombre fini de modificateurs : les modificateurs autorisés sont inscrits en regard de chaque libellé ; si le code du modificateur n'est pas compatible avec le code de l'acte principal, alors il est interdit et donc refusé. Un modificateur a 2 raisons pour n'être pas autorisé : soit parce qu'il est sans objet au plan médical pour un acte donné, soit parce qu'il est déjà implicite dans cet acte ; la nature du refus est donnée par l'aide au codage. Il est autorisé de coder au maximum 4 modificateurs par acte.